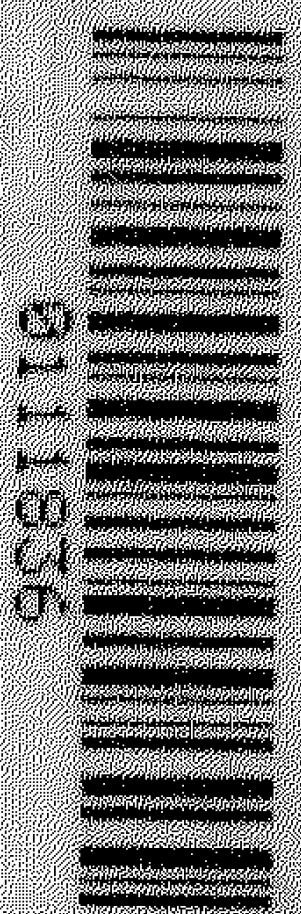
ماجدة السيد عبيد

تعليم الأطفال

ذوي الحاجات الخاصة

«مدخل الى التربية الخاصة»







﴿ وَقُلِ اعْمَلُوا فَسَيَرَى اللَّهُ عَمَلَكُمْ وَرَسُولُهُ وَالْمُؤْمِنُونَ ﴾

صدق الله العظيم

تعليم الأطفال ذوي الحاجات الخاصة

" مدخل إلى التربية الخاصة"

تعليم الأطفال ذوي الحاجات الخاصة

«مدخل إلى التربية الخاصة»

تأليف

ماجدة السيد عبيـــد

الطبعة الاولـــى

٢٠٠٠ م - ١٤٢٠هـ

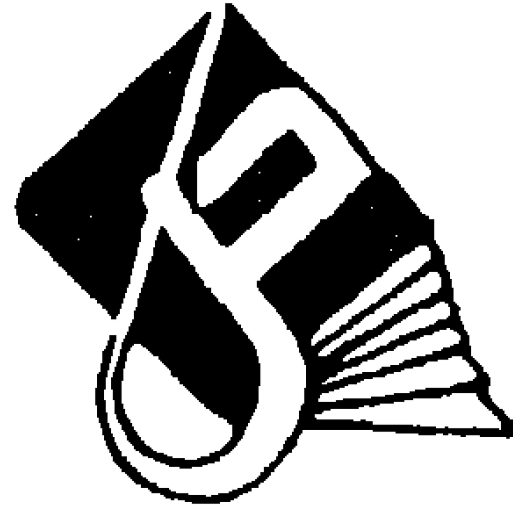
دار صفاء للنشر والتوزيع - عمان

رقم الايداع لدى دائرة المكتبة الوطنية (١٤٧٣/٨/١٩٩٩)

رقم التصنيف : ٣٧١,٩
المؤلف ومن هو في حكمه : ماجدة السيد عبيد
عنوان الكتاب : تعليم الأطفال ذوي الحاجات الخاصة
الموضوع الرئيسي : ١- العلوم الاجتماعية
٢- التعليم الخاص
بيانات النشر : عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع

* - تم اعداد بيانات الفهرسة الأولية من قبل دائرة المكتبة الوطنية

الطبعة الأولى
2000 م - 1420 هـ



دار صفاء للنشر والتوزيع
عمان - شارع السلط - مجمع الفحيص التجاري - هاتف وفاكس ٤٦١٢١٩٠
ص.ب ٩٢٢٧٦٢ عمان - الاردن
DAR SAFA Publishing - Distributing
Telefax: 4612190 P.O.Box: 922762 Amman - Jordan
ISBN - 9957 - 402 - 42 - 1 ردمك

إهـــــداء

إلى الأساتذة الأجلاء

د. جمال الخطيب ، د. جميل الصمادي. د. خولة يحيى

د. فاروق الروسان، د. منى الحديدي

أهدي بعض علمكم، وثمار غرسكم، وفاء واخلاصـا يتمثلان في كـل فكـر، ومع همسة القلم حين يخاطب السطور، وفاءً تعلمته على أيديكم.

المؤلفة

ماجدة السيد عبيد

تقديم

احتل ميدان التربية الخاصة في الوقت الحالي مكانة مرموقة نتيجة اهتمام الباحثين وعلماء التربية وعلماء النفس والأطباء وغيرهم في مجال الأطفال غير العاديين، ويمكن القول بأن موضوع الأطفال الغير عاديين قد أخذ يمثل موقعا متقدما في سلم الأولويات. ومن هنا تأتي أهمية هذا الكتاب حيث جاء ليتماشي مع الخطة الجديدة لتخصص تربية الطفل وكذلك تخصص التربية الخاصة، فقد احتوى الكتاب على عشرة فصول.

الفصل الأول : يحتوي على مدخل إلى التربية لخاصة وأهدافها وتطور ميدان التربية الخاصة في الوطن العربي والأردن.

الفصل الثاني : فئة الموهوبين ويوضح فيه مفهوم الطفل الموهوب، وكيف يمكن تشخيصه ووضع البرامج المناسبة له بناء على الخصائص السلوكية والتعليمية للموهوبين، كذلك الاتجاهات الحديثة في تعليم الموهوبين.

الفصل الثالث : فئة الإعاقة العقلية ويبين فيه مفهوم الإعاقة العقلية وأسبابها وتصنيفها ووضع البرامج والمناهج المناسبة بناء على القياس والتشخيص لهم، مع توضيح خصائص المعاقين عقليا.

الفصل الرابع : فقد جاء بإيضاح من هم المعاقون بصريا مع توضيح تشريح العين ووظائفها وآلية الإبصار وكيف يمكن تصنيفهم ومعرفة الأسباب التي تؤدي إلى الإعاقة البصرية ووضع البرامج المناسبة مع الأخذ بعين الاعتبار خصائص المعاقين بصريا واعتبارات أساسية في تعليم هذه الفئة.

الفصل الخامس : يحتوي على تعريف للمعاقين سمعيا وتصنيفهم وتشريح للجهاز السمعي وآلية السمع، ثم كيف يمكن استخدام الطرق الحديثة للتشخيص لوضع البرامج التعليمية المناسبة مع استخدام الاستراتيجيات التعليمية الخاصة بهم كذلك الأخذ بعين الاعتبار خصائص المعاقين سمعيا.

الفصل السادس : احتوى على فئة ذوي صعوبات التعلم وخصائصهم وماذا نعني بصعوبات التعلم مع معرفة أسباب هذا الصعوبة، ووضع المقاييس المناسبة للتشخيص لوضع البرامج المناسبة لتعليمهم بالأساليب المناسبة لهم.

الفصل السابع : يبحث في الاضطرابات الانفعالية أو السلوكية وكيف يمكن تعريفهم وتصنيفهم والاستدلال على خصائصهم والأسباب المؤدية للإضطرابات

كذلك معرفة أساليب قياس وتشخيص المضطربين انفعالياً ووضع البرامج المناسبة لتعليمهم باستخدام الأساليب المناسبة.

الفصل الثامن : قدمت في فئة المضطربين لغوياً، وماذا نعني بهم ومظاهرهم، والأسباب المؤدية للاضطرابات اللغوية بحيث يتم تشخيصهم ومعرفة خصائصهم وأساليب تعليمهم ومحتويات برامجهم ومناهجهم وطرق تعليمهم.

الفصل التاسع : بحث في مفهوم المعاقين حركياً، وكيف يمكن تقسيمهم بناء على التشخيص المناسب حيث يوجد عدة مظاهر للإعاقة الحركية مع الأخذ بعين الاعتبار الخصائص السلوكية لكل مظهر ومنهم الشلل الدماغي، المصابين بالصرع، المصابين بالحمى الروماتزمية، ثم وضع البرامج المناسبة لهم مع تعديل البيئة الصفية حتى تقدم لهم الخدمات بالشكل المناسب.

أما الفصل العاشر : فقد خصص لعدة مواضيع حسب الاتجاهات المعاصرة في التربية الخاصة منها كيف يمكن أن يكون التقييم والتشخيص مهما في وقت مبكر، كذلك كيف يمكن لاتجاهات الأهل والمجتمع أن تقدم أو تؤخر في تعليم المعاقين سواء الاتجاهات الإيجابية أو السلبية، وكيف يمكن أن تؤثر هذه الاتجاهات في التدخل المبكر وتقديم الخدمات حتى قبل دخول الطفل المدرسة، ومن هم الأفراد الذين يقومون بمساعدة الأهل لتقديم الخدمات الشاملة، وكيف يمكن لمتعددي التخصصات أن تساعد الأهل لتوجيههم للمكان المناسب ليكون التأهيل الشامل والمدرسة هي المساعدة لاعتماد ذوي الحاجات الخاصة على أنفسهم بعد أن نعطيه الفرصة للتعلم في المدارس العادية ودمجهم في المجتمع ليكونوا في بيئات أقل تقيداً وذلك بناء على التشريعات والقوانين التي تحميهم وتعطيهم الحق في التعلم في وقت مبكر أسوة بالأطفال العاديين. كذلك احتوى الفصل على إدارة المؤسسات الخاصة وكيف يمكن للمعلم والإدارة أن يكون لها الدور الناجح في تعليم هذه الفئة، وكيف تساعد الأهل للتغلب على وجود هذا الطفل المعاق من خلال عقد اللقاءات والتخفيف عن الأسر من الضغوطات التي يعاني منها للوصول إلى مرحلة التكيف.

وإنني آمل أن يكون هذا الكتاب مرجعاً مفيداً للمهتمين والعاملين في مجال التربية الخاصة وتربية الطفل.

وأسأل الله التوفيق.

ماجدة السيد عبيد.

المحتويات

الفصل الأول

مدخل إلى التربية الخاصة

مفهوم التربية الخاصة.

أهداف التربية الخاصة.

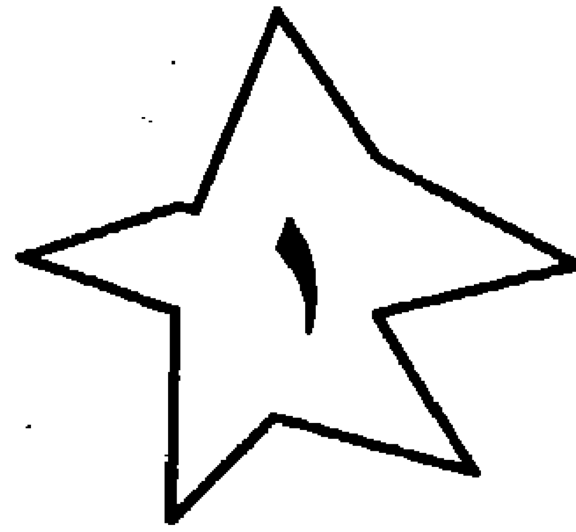
تطور ميدان التربية الخاصة.

- تطور التربية الخاصة في الوطن العربي.
- تطور التربية الخاصة في الأردن.

عملية تصنيف الاعاقات والمشكلات المرتبطة بها.

التنظيم الهرمي لبرامج التربية الخاصة.

حجم انتشار الاعاقات في المجتمع.



الخاصة ويرى أن هذا التعريف يقلل بقدر الإمكان من جوانب الضعف التي تنطوي عليها تعاريف الطفل غير العادي، هذا التعريف ينقل الاهتمام من خصائص الطفل التي تظهر عجزه أو قصوره إلى االاهتمام بالمتغيرات التعليمية، ويعرف سميث التربية الخاصة بأنها ذلك المجال المهني الذي يهتم بتنظيم المتغيرات التعليمية التي تؤدي إلى الوقاية من أو خفض أو تجنب الظروف التي ينتج عنها قصور واضح في الأداء الوظيفي للأطفال في المجالات الأكاديمية والتواصلية والحركية والتوافقية.

أما الحديدي فتعرف التربية الخاصة بأنها جملة من الأساليب التعليمية الفردية المنظمة التي تتضمن وضعا تعليميا خاصا، ومواد ومعدات خاصة أو مكيفة، وطرائق تربوية خاصة وإجراءات علاجية تهدف إلى مساعدة الأطفال ذوي الحاجات الخاصة في تحقيق الحد الأقصى الممكن من الكفاية الذاتية-الشخصية والنجاح الأكاديمي، على أن الهدف الذي تتوخى التربية الخاصة تحقيقه لا يقتصر على توفير منهاج خاص أو طرائق تربوية خاصة أو حتى معلما خاصا ولكن الهدف يتضمن إيضاح حقيقة أن كل شخص يستطيع المشاركة في فاعليات مجتمعه الكبير، وان كل الأشخاص أهل للاحترام والتقدير وأن كل إنسان له الحق في أن تتوافر له فرص النمو والتعلم.

أما تعريف التربية الخاصة والذي اعتمدته الجمعية الامريكية للتخلف العقلي فهو أنها مجموعة من البرامج التربوية المتخصصة والمصممة بشكل خاص لمواجهة حاجات الأفراد المعوقين والتي لا يستطيع معلم الصف العادي تقديمها وتتضمن الأساليب والوسائل الخاصة والمساعدة في تسهيل تعليم المعاقين وتنمية قدراتهم إلى أقصى حد ممكن.

أما عبد الرحيم وبشاي فقد أشارا إلى أن استخدام مصطلح التربية الخاصة للدلالة على تلك المظاهر في العملية التعليمية التي تستخدم مع الأطفال المعوقين أو الأطفال الموهوبين ولا تستخدم عادة مع الغالبية العظمى من الأطفال المتوسطين.

وقد عرف ويبستر (Webester) مصطلح (خاصة) على انه يعني عمليات تتميز بنوعية غير عادية، أو غير شائعة، أو إضافة إلى المعتاد، أو تستخدم بغرض خاص بالإضافة إلى الأغراض العادية، هذا التعريف يقبل التطبيق على البرامج

يختلف عن الطفل العادي أو المتوسط في خصائصه العقلية أو قدراته الحسية أو العصبية أو العقلية، أو في سلوكه الاجتماعي والانفعالي أو قدرات التواصل، إلى الحد الذي يحتاج فيه الطفل إلى تعديل في الخبرات التعلمية أو خدمات تعليمية خاصة بهدف تحقيق أقصى حد من النمو".

أما دن (Dunn, 1973) فيقول حول الطفل اللاسوي: «إن الطفل غير السوي يحمل هذه التسمية فقط عندما يكون الانحراف في خصائصه البدنية أو السلوكية من النوع المتضمن عجزا أو قصوراً لأمور تعليمية خاصة، ومن خلال المحاولة يمكن تحديد ما اذا كان هذا الطفل يستطيع أن يحقق توافقا أفضل وتقدما مدرسيا أفضل من خلال العطاءات التعليمية الخاصة مباشرة أو غير مباشرة بأكثر مما يستطيع تحقيقه في ظل برنامج مدرسي عادي».

ويطالعنا جيرهارت (Gearhaert, 1973) باعتباره الطفل طفلا غير سويا إذا كانت حاجاته التعليمية والتربوية من نوع يختلف عما يتطلبه الطفل العادي أو المتوسط بحيث لا يمكن تعليمية بصورة فعالة أو مؤثرة دون توفير برامج تعليمية وتسهيلات ومواد ذات طبيعة خاصة.

لعل الفحص الدقيق للتعاريف السابقة وأمثالها يظهر انها لا تخلو من المشكلات، من ذلك أن التعاريف عامة وتثير كثير من التساؤلات منها على سبيل المثال، ما هو المتوسط أو العادي ما هو المدى الذي يجب أن يكون عليه الانحراف حتى يتطلب أساليب تعليمية خاصة، ثم ما هي التربية الخاصة؟

ومما زاد الأمر تعقيدا أن الطفل غير العادي تعرض للدراسة من جانب كثير من العلوم من بينها علم النفس وعلم الاجتماع وعلم الفسيولوجي وعلم الطب والتربية، ومن ثم جاءت الدراسة بوجهات نظر مختلفة ومتباينة.

مفهوم التربية الخاصة:

من أجل مواجهة النتائج السلبية لتعريف الطفل غير العادي، يدعو العلماء إلى تعريف التربية الخاصة كبديل عن تعريف الطفل غير العادي، من بين العلماء الذين يتخذون هذا الاتجاه سميث (Smith, 1975)، يقدم سميث تعريفا للتربية

وعلى ضوء هذا التعريف تتضمن الانحرافات عن المعيار الطبيعي ما يلي :

١- الأطفال الذين يتميزون في قدراتهم العقلية (سواء كانوا متخلفين عقليا أو موهوبين).

٢- الأطفال المهملين اجتماعيا.

٣- الأطفال الذين يواجهون صعوبات حادة في التعلم.

٤- الأطفال الذي يعانون من اضطرابات انفعالية حادة.

٥- الأحداث والجانحين.

٦- الأطفال الذين يواجهون مشكلات في النطق أو اللغة.

٧- الأطفال المعوقون سمعيا (الصم وضعاف السمع).

٨- الأطفال المعوقون بصريا (المكفوفين وضعاف البصر).

٩- الأطفال المصابين بعجز جسمي أو صحي.

هذا ويجب أن يكون من الواضح أن عددا كبيرا من الأطفال ينخرطون تحت أكثر من قطاع واحد من القطاعات السابقة نظرا لما ينتج عن إصاباتهم من إعاقات متعددة المظاهر.

إذن قد يجد الدارس لموضوع التربية الخاصة مصطلحات تدل على فئة الأفراد غير العاديين مثل مصطلح الأطفال المعوقين (Handicapped Children)، ويعكس هذا المصطلح فئات الأفراد غير العاديين السابقة فيما عدا فئة الموهوبين، كذلك مصطلح الأفراد غير العاديين (Exceptional Individuals)، ومصطلح الأفراد غير الأسوياء (Abnormal Individuals)، إذ يقصد تلك الفئة من الأفراد التي تعاني من الأمراض النفسية أو العقلية أما عناصر (فئات غير العاديين) والتي تنطوي تحت مظلة التربية الخاصة فهي : الموهبة والتفوق، الإعاقة العقلية، الإعاقة البصرية، الإعاقة السمعية، الإعاقة الانفعالية، الإعاقة الحركية، صعوبات التعلم، اضطرابات النطق واللغة.

وقد عرف كيرك(Kirk, 1972) الطفل اللاسوي أنه: «ذلك الطفل الذي

الفصل الأول

مدخل إلى التربية الخاصة

مقدمة:

يعتبر ميدان غير العاديين أو التربية الخاصة Special Education من الميادين التربوية التي واجهت العديد من التحديات حتى نما وتطور بسرعة وأصبح يحتل مكانا بارزا بين الميادين العلمية والتربوية المختلفة في بلدان العالم، فمنذ عهد قريب كان هذا الميدان يقتصر على رعاية بعض أفراد فئات الإعاقة البصرية، والإعاقة السمعية والإعاقة العقلية، والإعاقة الجسمية، وكان لا يعترف برعاية وتربية الأفراد الذين يعانون من أي نوع آخر من الإعاقات خارج هذه الفئات، وما زال هذا الوضع موجودا في كثير من بلدان العالم، رغم أن هذا الميدان قد اتسع نطاقه وأصبح يشمل فئات أخرى للإعاقة.

إنه من المستحيل وجود تعريف واحد جامع مانع لهذا المعوق، وقد أساء البعض فهم مصطلح (غير عادي) (Exceptional)، حيث استخدم هذا التعبير للإشارة إلى الأفراد الذين يتميزون بالتفوق العقلي أو هؤلاء الذين أوتوا قدرا عاليا من الموهبة، فنية كانت أم موسيقية أم علمية ... الخ. على أي حال لا يعتبر هذا الاستخدام استخداما واسع النطاق، ولعل المعنى الصحيح لهذا المصطلح يتضح من خلال استعراض التعاريف التالية. تتضمن دراسة الانحراف عن المعيار العادي جميع الأطفل الذين تتوافر فيهم حالات تعتبر انحرافا جليا عن المتوسط الذي يحدده الوسط والذي يحدده المجتمع في القدرات والامكانيات التالية، العقلية أو التعليمية أو الاجتماعية أو الحسية أو الجسمية والصحية، بحيث يترتب على هذا الانحراف حاجة إلى نوع خاص من المعرفة وطابع خاص من الخدمات لتمكين هؤلاء الأفراد من تحقيق أقصى ما تسمح به طاقاتهم.

التربوية الخاصة التي تشتمل على تعديلات أو إضافات للخبرات التعليمية التي وضعت أصلا للطفل العادي، إذ أنها خبرات فريدة في نوعها وغير شائعة وذات طبيعة خاصة وتعتبر إضافة إلى أساليب التعليم المستخدمة مع الغالبية العظمى من الأطفال.

أما اليونسكو فتعرف التربية الخاصة، على أنها: «التربية التي تستهدف، داخل صفوف خاصة ومجموعات ومؤسسات خاصة، أطفالا يمثلون حالات استثنائية، وفي العديد من البلدان، تعتبر التربية الخاصة على أنها من اختصاص التعليم المدرسي والجامعي المطلق الذي توضع في إطاره مناهج خاصة بالأطفال اليافعين المصابين بإعاقات جسدية، أو عقلية أو نفسية، وتكون متكيفة مع احتياجاتهم، أو تعتمد فيه طرائق تعليمية خاصة.

هذا لا يعني أن التربية الخاصة هي برنامج متكامل يختلف اختلافا جذريا عن تربية الطفل العادي، فالتربية الخاصة تشير فقط إلى تلك المظاهر التعليمية التي تعتبر فريدة أو إضافية إلى البرنامج المعتاد لجميع الأطفال، على سبيل المثال، البرنامج التعليمي لطفل يعاني من صعوبة في النطق قد ينفذ بجميع مظاهره في إطار فصل دراسي عادي بواسطة مدرس عادي، ينحصر المظهر الخاص من البرنامج التعليمي لهذا الطفل في أسلوب تصحيح عيوب النطق التي يعاني منها بواسطة أحد الاخصائيين في عيوب النطق، قد يستغرق هذا المظهر الخاص – أي التربية الخاصة– ساعتين فقط من بين ما يقرب من ثلاثين ساعة دراسية أسبوعيا، بطبيعة الحال لا يحصل الطفل العادي على هذه الخدمات الإضافية لأنه لا يحتاج إليها.

إن قدر التربية الخاصة ونوعها الذي يحتاج إليه الطفل غير العادي يعتمد على كثير من العوامل، من أبرز هذه العوامل درجة التباعد بين نمو هذا الطفل وبين نمو الطفل العادي، فكلما زادت درجة التباعد كلما زادت الحاجة إلى أشكال مختلفة من التربية الخاصة، ومن هذه العوامل أيضا درجة التباعد في النمو داخل الفرد نفسه وأثر العجز أو الإصابة على المجالات الأخرى للتحصيل، إذن التربية الخاصة – نوعاً وكماً – أمور تعتمد على النمط النمائي للطفل مقارنا بزملائه، ودرجة التباعد في مظاهر النمو داخل الطفل نفسه.

يمكننا أن ندرك الحاجة إلى التربية الخاصة لو أننا أمعنا النظر في المشكلة التي يمكن أن يتعرض لها مدرس الفصل العادي، في ظل النظم المدرسية قد يجد المدرس نفسه أمام فصل يضم ما يقرب من ثلاثين تلميذا، وقد يكون أحدهم موهوبا، وآخر متخلف، والآخر يعاني صعوبة في النطق، وهنا تكون المشكلة أمام المدرس ليكيف المنهاج بما يتلاءم مع حاجاتهم.

ونظرا لصعوبة مثل هذا العمل ظهرت الحاجة إلى برامج التربية الخاصة في عدد من النظم المدرسية، صممت هذه البرامج ليس فقط بهدف مساعدة الطفل غير العادي، ولكن أيضا لمساعدة المدرس العادي على القيام بواجباته، بحيث يتمكن من تخصيص القدر الأكبر من وقت الفصل الدراسي للمجموعة الأكثر تجانسا من الأطفال.

المفاهيم الأساسية في الإعاقة:

العاهة: هو أي فقدان أو شذوذ في البيئة أو الوظيفة النفسية أو الفسيولوجية العضوية.

العجز: مصطلح يشير إلى أي انحراف في الوضع الجسمي أو الأداء الوظيفي ينتج عنه عدم ملاءمة وظيفية في الأداء في إطار ما تفرضه الظروف البيئية من متطلبات.

يلخص مصطلح العجز عددا كبيرا من أوجه التقصير الوظيفي المختلفة التي تحدث لدى أي مجموعة من السكان في جميع بلدان العالم، وقد يتعرض الناس باعتلال بدني أو لأمراض يمكن أن تكون طبيعتها دائمة أو مؤقتة.

إعاقة: مصطلح يشير إلى العبء الذي يفرض اجتماعيا على الأفراد نتيجة للأحكام والتقيمات التي يصدرها المجتمع على الانحرافات الجسمية والوظيفية.

ويميز اليوم بوضوح بين عاهة وعجز شخص من ناحية، وبين الإعاقات التي قد لا تتمخض عن صعوبات العيش أو التعلم فحسب، بل أيضا عن المواقف أو الظروف التي يتواجد فيها الفرد، وأصبح ينظر إلى الإعاقات على أنها مرتبطة بأوضاع وبمتطلبات، فبالنسبة لبعض الاعاقات، تزيل التربية الملائمة وكذلك

التكوين والبيئة انعكاسات الإعاقة بصفة تكاد تكون كليــة، وتوجـد في أصـل هـذا المفهوم الجديد للإعاقة فكرة مسلم بها مفادها أن الشخـص الـذي يعـاني عجـزاً لا يختلف عن الآخرين، بل هو فرد عادي له احتياجات خاصة.

وإذا أصبحنا نميز بين العاهة والعجز من ناحية، والإعاقـة مـن ناحيـة أخـرى، وإذا اعترفنا بأن الوضع الاجتماعي يلعب دوراً في إحداث الإعاقــة وأن الصعوبـات التي يستشعرها الفرد ليس لها مفعول الإعاقة إلا في بعض الظروف، فإننا نتجـه نحـو تصور جديد لتقويم الاحتياجات وتنظيم التربية الخاصة.

أما العوق، فهو فقدان القدرة كلها أو بعضها، على اغتنام فـرص المشاركـة في حياة المجتمع على قدم المساواة مع الآخرين وتصف كلمة العـوق تلاقـي المعـوق مـع بيئته، والغرض من هذا المصطلح هو تأكيد تركيز الاهتمـام علـى مـا في البيئـة وفي الكثير من الأنشطة الاجتماعية المنظمة، مثلا: الإعلام والاتصال والتعليم، من عيوبه تمنع المعوقين من مشاركة الآخرين على قدم المساواة.

وينبغي النظر إلى استخدام مصطلحي (العجز والعوق) كما يعرفان في ضــوء التـاريخ الحديـث للعجـز، ففـي السـبعينات، كـان لـدى ممثلـي منظمـات المعوقــين والمتخصصين في مجال العوق، رد فعـل قـوي علـى المصطلحـات المستخدمة آنـذاك، وكثيرا ما كان استخدام مصطلحي العجز والعوق مشوبا بالغموض واللبـس، فلـم يلقيا من الضوء ما يكفي للاهتـداء بـه في السياسـة العامـة وفي العمـل السياسـي، وأتت المصطلحات تعكس نــهجا طبيـا وتشخيصيـا يتجـاهل النقـائض والعيـوب الموجودة في المجتمع المحيط.

وفي عام ١٩٨٠، اعتمدت منظمة الصحة العالمية تصنيفا دوليا للعاهة والعجــز والعوق يدل على اعتماد نهج يتسم بمزيـد مـن الدقـة إلى جـانب اتسـامه بالنسـبية، والتصنيف الدولي لحالات العاهة والعجز والإعاقة، يميز تمييزا واضحــا بـين العاهـة والعجز والعوق، ولا يـزال التصنيـف يسـتخدم علـى نطـاق واسـع في مجـال إعـادة التأهيل والتعليم، والتشريع علم الاجتماع.

مفهوم الإعاقة :

المقصود بالإعاقة هو ذلك النقص أو القصور المزمن أو العلة المزمنة التي تؤثر على قدرات الشخص فيصبح معوقا، سواء كانت الإعاقة جسمية أو حسية أو عقلية أو اجتماعية، الأمر الذي يحول بين الفرد وبين الاستفادة الكاملة من الخبرات التعليمية والمهنية التي يستطيع الفرد العادي الاستفادة منها، كما تحول بينه وبين المنافسة المتكافئة مع غيره من الأفراد العاديين في المجتمع، ولذا فهو في أشد الحاجة إلى نوع خاص من البرامج التربوية التأهيلية وإعادة التدريب وتنمية قدراتهم رغم قصورها، حتى يستطيع أن يعيش ويتكيف مع مجتمع العاديين بقدر المستطاع ويندرج معهم في الحياة وهي حق طبيعي للمعوق.

تربية المعوق Education for The Handicapped

يشير مصطلح تربية المعوقين إلى نوع وطبيعة البرامج التربوية والتأهيلية التي تقدم لكل فرد يعاني من مشكلة (Problem) أو صعوبة (Difficulty) أو عجز (Disability) جسمي أو عقلي أو سلوكي، بحيث يجعله أقل قدرة من العاديين مما يتطلب تقديم برامج تربوية وتأهيلية تتناسب مع طبيعة عجزه.

أهداف التربية الخاصة :

تحقق دراسة موضوع التربية الخاصة الأهداف التالية :

١- التعرف إلى الأطفال غير العاديين وذلك من خلال أدوات القياس والتشخيص المناسبة لكل فئة من فئات التربية الخاصة.

٢- إعداد البرامج التعليمية لكل فئة من فئات التربية الخاصة.

٣- إعداد طرائق التدريب لكل فئة من فئات التربية الخاصة، وذلك لتنفيذ وتحقيق أهداف البرامج التربوية على أساس من الخطة التربوية الفردية.

٤- إعداد الوسائل التعليمية والتكنولوجية الخاصة بكل فئة من فئات التربية الخاصة، كالوسائل التعليمية الخاصة بالمكفوفين، أو المعوقين عقليا، أو المعوقين سمعيا

سمعيا ... الخ.

٥- إعداد برامج الوقاية من الإعاقة ، بشكل عام، والعمل ما أمكن على تقليل حدوث الإعاقة عن طريق عدد من البرامج الوقائية.

الفروق بين أهداف التربية العامة، والتربية الخاصة:

١- تهتم التربية العامة بالأفراد العاديين، في حين تهتم التربية الخاصة بفئات الأفراد غير العاديين.

٢- تتبنى التربية العامة منهاجا موحدا في كل فئة عمرية أو صف دراسي، في حين تتبنى التربية الخاصة منهاجا لكل فئة، تشتق منه الأهداف التربوية الفردية فيما بعد.

٣- تتبنى التربية العامة طرائق تدريسية جمعية في تدريس الأطفال العاديين في المراحل التعليمية المختلفة في حين تتبنى التربية الخاصة طريقة التعليم الفردي في تدريس الأطفال غير العاديين في الغالب.

٤- تتبنى التربية العامة وسائل تعليمية عامة في المواد المختلفة، في حين تتبنى التربية الخاصة وسائل تعليمية خاصة بفئات الأفراد غير العاديين، مثلا الخريطة العادية في تدريب الطفل العادي، في حين تستخدم الخريطة المجسمة أو البارزة مع الطفل الكفيف وقد تستخدم لغة الإشارة لتدريب الصم في حين لا تستخدم هذه اللغة مع العاديين.

ومهما يكن من فروق بين أهداف التربية الخاصة والعامة فإن كلا منهما يهتم بالفرد، ولكن كل بطريقته، ومع ذلك تشترك التربية العامة والخاصة في هدف مساعدة الفرد أيا كان، على تنمية قدراته واستعداداته إلى أقصى حد ممكن، والعمل على تحقيق أهدافه، وذلك من خلال توفير الظروف المناسبة لتحقيقها.

تطور ميدان التربية الخاصة:

لقد وجدت الإعاقات من حيث المبدأ بوجود الإنسان والأساليب المؤدية إليها، ولكن رعايتهم لم تكن موجودة، ولم تكن موجودة الخدمات التربوية لتلبي احتياجات الأفراد غير العاديين، وأدت التطورات السريعة في الفلسفات الاجتماعية وفي

نظريات التعلم وفي المجالات التكنولوجية إلى ثورة مستمرة جعلت العمل في مجال التربية الخاصة فيه من الإثارة بقدر ما به من الصعوبة، وفي السنوات الأخيرة من القرن الثامن عشر والتي كانت ما بعد الثورتين الأميركية والفرنسية استخدمت إجراءات وطرق فعالة في تدريس وتعليم الأطفال اللذين كانوا يعانون من إعاقات حسية (كالصمم وكف البصر)، وذلك في الولايات المتحدة الأميركية وفرنسا.

وفي السنوات الأولى من القرن التاسع عشر بدأت المحاولات الأولى لتربية المتخلفين عقليا، وإن كانت تسميتهم بهذا الاسم لم تكن معروفة في ذلك الوقت، وقبل بداية هذه الجهود لم يكن هناك أي اهتمام يذكر بالاطفال الغير عاديين، وقد كان شكل خدمات التربية الخاصة في ذلك الوقت متمثلا في الحماية والإيواء في الملاجئ وذلك لحمايتهم أو حماية المجتمع الخارجي منهم، حيث يصعب عليهم التكيف معه وذلك لعدم إفساح المجال لهم لكي يتمكنوا من العيش بكرامة فضلا عن السماح لهم بالحياة على الإطلاق.

ومع تقدم الحياة واكتساح أفكار كثيرة للمجتمعين الامريكي والفرنسي كالديمقراطية، والحرية الفردية، والمساواة تغيرت وجهات النظر تجاه المعوقين، فلقد تزعم المصلحون السياسيون ورواد الطب والتربية حركة العمل لمناصرة المعوقين والدفاع عنهم، حيث طالبوا بضرورة تعليمهم المهارات التي تمكنهم من أن يصبحوا مواطنين منتجين يعتمدون على أنفسهم، ولم تقتصر الجهود الأساسية لهؤلاء المصلحين على رغبتهم في حماية المعوقين والدفاع عنهم بل تجاوزت ذلك إلى العمل على تطبيع حياة الأطفال الغير عاديين بحيث تسير بصورة عادية بأقصى ما تمكنهم به طاقاتهم وبدرجة تمكنهم من حفظ كرامتهم الإنسانية التي طالما افتقدوها.

ومن هنا فإن الأصول التاريخية للتربية الخاصة قد وجدت بصفة أساسية في أوائل القرن التاسع عشر، بحيث يمكن ارجاع الطرق التربوية المعاصرة والمستخدمة حاليا مع الأطفال الغير عاديين إلى أصولها من الاستراتيجيات الرائدة التي بدأت في ذلك العصر، كذلك فإن معظم القضايا الحيوية المليئة بالجدل في الوقت الحاضر هي نفس القضايا التي وجدت منذ فجر التربية الخاصة، وفي مناقشتنا لبعض الميول

والأحداث الرئيسية التاريخية التي حدثت منذ عام ١٨٠٠م، سوف نتناول بإيجاز تاريخ الرواد الأوائل، وتاريخ منظمات الآباء والمختصين وأخيرا تاريخ التشريعات والقوانين المتعلقة بالتربية الخاصة والأطفال الغير عاديين.

الرواد الأوائل وجهودهم:

معظم من قاموا بوضع اللبنة الأولى للتربية الخاصة كانوا أطباء أوروبيين ممن امتازوا بصغر سنهم وطموحاتهم العالية وتحدي الصعوبات التي واجهتهم وفي مقدمتها اساتذتهم وأصدقائهم، ويعتبر جين مارك جازبارد ايتارد (١٧٧٥-١٨٣٨) أول رائد في هذا المجال، فقد كان طبيبا فرنسيا ماهرا في أمراض الأذن وفي تربية الصم وتعليمهم، ويرى المؤرخون أن بداية التربية الخاصة بصورتها التي نعرفها اليوم يمكن أن تنسب إلى ايتارد وجهوده الأولى التي بذلها.

ففي السنوات الاولى من القرن التاسع عشر بدأ هذا الطبيب الشاب بتربية طفل بلغ عمره اثني عشر عاما، وكان قد عثر عليه متجولا في غابة افيرون بفرنسا، كما كان عاريا من الملابس وبدا كأنه يشبه الحيوان في سلوكه، ولكن فيليب بينل أستاذ ايتارد (١٧٤٥-١٨٢٦) الذي كان طبيبا فرنسيا لامعا والذي اشتهر في ذلك الوقت المبكر بتأييده للمعاملة الإنسانية للمجانين نصح ايتارد بتوفير جهوده التي يبذلها، حيث كان يؤمن بعدم جدواها مع مثل هذا الطفل الأبله، ومع هذا فقد واصل ايتارد تربيته لفيكتور (كما سماه هو) بكل دأب وصبر، ورغم أنه لم يجعل من هذا الطفل إنسانا عاديا إلا أنه استطاع أن يحسن من سلوكه مستخدما معه إجراءات تربوية انتظامية.

ولقد عاصر ايتارد تلميذه ادوارد سيجان (١٨١٢-١٨٨٠) وكان سيجان قد اشتهر بتربيته للمتخلفين عقليا على الرغم من اقتناع كثير من مفكري عصره بعدم إمكانية تعليم مثل هؤلاء الأطفال شيئا ذا أهمية، وقد هاجر إلى الولايات المتحدة عام ١٨٤٨م، وتلقى شهادته في الطب من جامعة المدينة في نيويورك عام ١٨٦١، وقد ألف سيجان كتابا بعنوان (البلاهة وعلاجها بالطريقة الفسيولوجية) تم طبعه في الولايات المتحدة عام ١٨٦٦م، وقد قام في هذا الكتاب بشرح طرق ايتارد بالتفصيل والتوسع،

كما قام فيه بوضع الأسس التي اعتمدت عليها ماريا مونتيسوري في عملـها في هـذا المجال (١٨٧٠-١٩٥٢)، وتعتبر مونتيسوري أول امرأة تحصل على شـهادة في الطـب في إيطاليا، وقد اشتهرت ليس فقط كمربية للمتخلفـين عقليـا ولكـن كمؤيـدة لتربيـة الأطفال العاديين في مرحلة مبكرة قبل التحاقهم بالمدرسة الابتدائيـة، ويمكـن تصـور مدى تأثرها بآراء سيجان اذا أدركنا أنها قامت جاهدة بنسخ كتابه (المذكـور سـابقا)، بخط يدها والذي بلغ ستمائة صفحة.

وقد عرضنا حتى الآن لجهود الأطباء الأوروبيين الأوائل الذين بـرزوا بصـورة رائعة في فجر التربية الخاصة، وبينمـا تعتـبر بدايـة هـذه الجـهود في أوروبـا حقيقـة واضحة إلا أن كثيرا من العلماء الأميركان قد ساهموا كذلك بجهودهم إلى حد كبـير خلال تلك الحقبة المبكرة من تاريخ التربية الخاصة، ولقد ظلوا على علم بالتطورات التي حدثت في أوروبا بقدر ما أمكنهم، كما سافر بعضهم إلى أوروبا رغبة في استقاء معلوماتهم عن تربية المعوقين من مصادرهـا الطبيعيـة الأولى، هـذا ويعتـبر (الفريـد بينيه) أول عالم فرنسي دخل ميدان التخلف العقلي على مستوى سـيكولوجي خلـد اسمه من بعده، فقد قام بوضع اول اختبار للذكـاء عـام ١٩٠٥م، بحيـث هـدف منـه إلى قياس مفاهيم الذكاء والتحصيل المدرسي، كما هـدف مـن وضعـه إلى تحقيـق رغبـة السلطات الفرنسية المسؤولة عن التربية بفرنسا والتي هدفت بدورها إلى اسـتخدام هذا الاختبار في عزل المتخلفين عقليا عن الأطفال الأسوياء في المدارس الحكومية.

وبالرغم من أن بينيه لم يدخل ميـدان عـلاج التخلـف العقلـي إلا أنـه نقـل الميدان من مجرد طرق حسـية وتقليديـة إلى البحـث عـن ماهيـة الذكـاء والوظـائف العقلية وأوجـه القصـور فيـها لـدى المتخلفـين عقليـا، فكـانت هـذه هـي البدايـة الصحيحة للبحث في طبيعة التخلف العقلي، كما أن التطبيقات التربوية بعد بينيه بدأت تأخذ شكل برامج تربويـة ومنـاهج ومـواد تعليميـة استخدمت لإثـراء بيئـة الطفل بالمثيرات التي تؤثر بشكل أو بآخر في النمو العقلي للمتخلفين عقليـا، كمـا أن تدريبهم المهني بدأ يتجه نفس الاتجاه.

ولا شك أن نسبة الذكاء والعمر العقلي أصبحا المعيارين الأساسـيين الذيـن

يستخدمان حتى الوقت الحاضر في عمليات تصنيف وتقسيم برامج المتخلفين عقليا، بالإضافة إلى نقلهم من مرحلة إلى مرحلة وتوجيههم توجيها تربويا سليما.

كذلك يعتبر صموئيل جريدلي هوي (١٨٠١-١٨٧٦) من بين الأميركان الشباب الذين اهتموا بتربية المعوقين، وقد تخرج من كلية الطب بجامعة هارفارد عام ١٨٢٤م، وقد كان مصلحا سياسيا وزعيما اجتماعيا إلى جانب شهرته كطبيب ومربي، حيث اعتبر بطلا مدافعا عن قضايا التحرر الإنساني والشؤون الإنسانية، كذلك كان ذا أثر فعال في تأسيس مدرسة بيركينز للمكفوفين بمدينة واتر تاون بولاية ماساشوتسيش الأمريكية، وأخيرا فقد عمل مدرسا للمكفوفين الصم وقد كان لنجاحه في تعليم (لورا بريدجمان)- التي كانت مكفوفة البصر صماء عاملا فعالا ساهم إلى حد كبير في طريقة تعليمه لهيلين كيلر، لقد كان (هوي) بالإضافة إلى ما سبق قوله نافذة في تنظيم المدرسة التجريبية التي أنشئت في ولاية ماساشوتسيش للمتخلفين عقليا عام ١٨٤٠م، كما كان على معرفة شخصية جيدة بالدكتور سيجان الذي تحدثنا عنه سابقا، إذن تعتبر هلين كيلر ولورا بريدجمان من الأوائل الذين تتلمذوا على يدي هوي.

أما لويس برايل فقد ارتبط اسمه بتعليم المكفوفين منذ اختراع طريقة برايل التي ما زالت تستخدم حتى الآن في تعليم المكفوفين القراءة والكتابة، وقد فقد بصره حين كان عمره ثلاث سنوات وذلك على أثر إصابة إحدى عينيه حين كان يلعب بسكين، وقد قام باختراع طريقته في الكتابة والقراءة اعتمادا على فكرة "باربير" الذي كان يعمل ضابطا في الجيش الفرنسي، ولقد حاول هذا الضابط ابتكار طريقة يمكن بواسطتها قراءة الرسائل والإشارات في ظلام الليل، وقد استخدم في هذا الغرض مجموعة الحروف البارزة التي يمكن قراءتها بطريقة اللمس، وقد أخذ برايل فكرة باربير وطورها بصورة أبسط وأعم نفعا، كما أجرى كثيرا من التجارب لمعرفة جدواها إلى أن صممها بصورة نهائية في عام ١٨٣٤م، وقد طبقت في المدرسة الفرنسية عام ١٨٥٤م، بعد وفاة برايل بعامين.

وشاع استخدامها واستعمالها حتى تمت ترجمتها إلى معظم اللغات ومن بينها

العربية، ولا زالت تستخدم من قبل كثير من المكفوفين حتى عصرنا الحاضر.

كما يعتبر ثوماس جاليدت (١٧٨٧-١٨٥١م) من المربين الأوائل الذين اهتموا بتعليم الصم، فقد سافر إلى أوروبا لتعلم طرائق تربية الصم، ثم عاد إلى الولايات المتحدة الامريكية عام ١٨١٧م، ليؤسس أول مدرسة أمريكية للصم في مدينته هارت فورد (Hart Ford) بولاية كونيكتات (Connecticut) والتي عرفت الآن باسم المدرسة الأميركية للصم، وقد كرم جاليدت بأن أسست أول كلية للصم في مدينة واشنطن عرفت باسمه هي (The Gallaudet Colloge) وقد كان من آثار الحركة النازية في ألمانيا هجرة الكثير من المربين والأطباء الألمان إلى الولايات المتحدة الأمريكية حيث ساهم هؤلاء بشكل واضح في نمو ميدان التربية الخاصة ومن هؤلاء ماريان فروستج ١٩٣٨م، والتي كانت تعمل كأخصائية نفسية واجتماعية في النمسا وبولندا حيث ساهمت بشكل واضح في نمو وتطور التربية الخاصة وبخاصة في تعليم الأطفال المعوقين عقليا وذوي صعوبات التعلم، وكذلك الفرد ستراس طبيب الأعصاب المشهور، وكروك شانك وهيلمر مايكل بست، إذ يعود الفضل لهؤلاء الرواد في تطور موضوع صعوبات التعلم كأحد الميادين الرئيسية في التربية الخاصة، وكذلك هنز فرنر ١٩٣٠م، الاخصائي في علم نفس النمو الذي ترك ألمانيا وانضم إلى مدرسة (Wayne) في مدينة (NorthVille) في ولاية متشجان الامريكية ليساهم في تطور الأبحاث في ميدان التربية الخاصة، ثم نيكولاس هوبس ١٩٦٠م، الأخصائي في علم النفس والتربية والذي اهتم بتربية وتعليم الأطفال المضطربين انفعاليا، وأخيرا جولدبرج ١٩٧٢م، الذي أشار إلى تقدم الدول الاسكندنافية في تربية ورعاية الأطفال المعوقين عقليا والذي دعى إلى الاستفادة من خبرات هذه الدول ونقل تلك الخبرات إلى الولايات المتحدة الأمريكية.

وإن نمو ميدان التربية الخاصة، في القرن العشرين، وفي الولايات المتحدة وغيرها لم يكن إلا ثمرة للتيارات التربوية والنفسية والطبية والسياسية في أوروبا، فقد كان للأطباء والمربين الأوائل أمثال فروبل منتسوري وبياجيه وبينيه، وستراس آثار واضحة ساهمت في تقدم ميدان التربية الخاصة إلى ما هو عليه في الوقت الحاضر، كما كان للتقدم الواضح في ميادين علم النفس والتربية والاجتماع والطب

والقانون آثارا واضحة في تقدم موضوع التربية الخاصة وبخاصة في موضوع طرائق قياس وتشخيص مظاهر الإعاقة من الناحيتين الطبية والنفسية، وإعداد البرامج التربوية والمهنية، وهكذا أصبح ميدان التربية الخاصة ميدانيا متخصصا له جذوره الممتدة والمتصلة بعلوم النفس والطب والتربية والأعصاب والاجتماع والقانون، كما أصبح أخصائي التربية الخاصة معلما بارزا في معالم تربية الأطفال غير العاديين في الدول النامية والمتقدمة على حد سواء.

أما مظاهر نمو ميدان التربية الخاصة في الدول العربية فهي:

١- الاهتمام المتزايد بقطاع الأفراد غير العاديين في المجتمع، وذلك من خلال فتح وإعداد المدارس والمؤسسات التي تعنى بالأفراد غير العاديين في المجتمع.

٢- تدريب الكوادر العاملة في ميدان التربية الخاصة، إذ تعقد الجهات المشرفة على ميدان التربية الخاصة والدورات التأهيلية للعاملين فيها وذلك بهدف تحسين أداء الكوادر فيها.

٣- اهتمام الجامعات وكليات المجتمع العربية بإعداد الكوادر المتخصصة في ميدان التربية الخاصة.

تطور التربية الخاصة في الوطن العربي:

في الوطن العربي بدأ الاهتمام بالمعوقين متأخرا وذلك بأخذه بعديه القطاع الحكومي والأهلي، وظهر الاهتمام في جمهورية مصر العربية عام ١٩٥٥م، فمثلا في وزارة التربية والتعليم عندما عملت على تخصيص ثلاث صفوف في ثلاث مدارس ابتدائية لتعليم الأطفال المتخلفين عقليا ثم بدأ التوسع أكثر، كذلك هناك بعض المؤسسات والجمعيات أو المدارس أو المراكز التي تشرف على برامج التربية الخاصة في عدد من الدول العربية وهي:

١- الجمعية التونسية لمساعدة الصم.

٢- المنظمة الوطنية للمكفوفين في الجزائر.

٣- جمعية رعاية المكفوفين في دمشق.

٤- الجمعية السودانية لرعاية وتأهيل المعوقين.

٥- الجمعية الكويتية لرعاية المعوقين.

٦- الجمعية اللبنانية لرعاية الأطفال المتخلفين ذهنيا.

٧- الجمعية الوطنية للمكفوفين في المغرب.

٨- الجمعية المغربية لمساعدة وإغاثة المعاقين عقليا.

٩- جمعية التنمية الفكرية، وحدة الزيتون، القاهرة.

١٠- جمعية التأهيل الاجتماعي للمعوقين بالبحر الأحمر.

١١- جمعية التأهيل المهني بالاسكندرية.

١٢- معهد النور للمكفوفين، عدن.

١٣- معهد الامل للبنين في قطر.

١٤- معهد العناية للصم وضعاف السمع في بغداد.

١٥- معهد السنابل في محافظة البصرة.

١٦- إدارة الرعاية الخاصة، مسقط، عمان.

١٧- مؤسسة رعاية الأطفال المعوقين في الرياض.

١٨- معهد الأمل المتوسط للبنين في جدة.

١٩- معهد الأمل للأطفال المعوقين في البحرين.

٢٠- معهد النور للمكفوفين، الملا، حضرموت.

٢١- معهدا لنور للخليج العربي، المحرق، البحرين.

تطور التربية الخاصة في الأردن:

وقد شهدت التربية الخاصة في المملكة الأردنية الهاشمية تطورا هائلا وكبيرا خاصة في العشرين سنة الماضية وتحديدا بعد إعلان الأمم المتحدة عام ١٩٨١م عاما دوليا للمعاقين وما انبثق عنه من توصيات مهمة تسهم في العمل لرفع مكانة المعوقين حتى أصبحت الأردن في طليعة الدول العربية، لا بل دول العالم الثالث، وذلك لما أبدته من اهتمام خاص وملموس في إبراز قضية الإعاقة كإحدى القضايا

الاجتماعية التي يتطلب العمل من أجلها وإعادة صياغة التوجيهات ورسم السياسات بما يتلاءم مع تقديم أفضل البرامج والخدمات التربوية والتدريبية والإرشادية والرعاية المؤسسية للأفراد المعوقين كافة وفق قدراتهم وميولهم، في ضوء ما يتوافر من إمكانيات لاستيعاب الممكن منهم وجعلهم أعضاء فاعلين متفاعلين ومنتجين في المجتمع الذي يعيشون فيه.

ومع شح الموارد والعبء الكبير الذي تتحمله الدولة الأردنية وما يرتبط منه بفئات التربية الخاصة وارتفاع كلفة العمل معهم ومحدودية مصادر الدعم، فإن الدولة عملت جاهدة تحث الخطى ويسعى دؤوب من خلال مؤسسات رسمية وتطوعية بايلاء موضوع الإعاقة والمعوقين كل العناية والاهتمام.

فبدءاً من الثلاثينيات شهدت الأردن اهتماما بالمعوقين، والذي كان بتأسيس اول مدرسة للمكفوفين في القدس عام (١٩٣٨-١٩٣٩) سميت المدرسة العلائية التي تعنى بشؤون المكفوفين، وقد تسارع الاهتمام بالمعوقين وتطورت الخدمات التربوية والعلاجية وتتابعت مسيرة البناء في عقود الستينات والسبعينات والثمانينات، حيث ظهرت المدارس والمراكز والمؤسسات التي تقدم خدمات لمختلف فئات المعوقين عقليا وسمعيا وبصريا وحركيا سواء من قبل الجهات الرسمية أو التطوعية، وظهر التحول والتطور النوعي للبرامج والخدمات المتميزة في بداية عقد التسعينات، واكبه توسع كمي في أعداد المراكز والمدارس والصفوف، إذ بلغت أعداد هذه المؤسسات والمراكز والصفوف حتى عام ١٩٩٤م، حوالي ١١٢ مائة واثنتي عشرة مؤسسة تتبع لمختلف القطاعات الحكومية والأهلية والتطوعية ووكالة الغوث الدولية.

وتعد وزارة التنمية الاجتماعية الجهة الرسمية التي تشرف على توجيه سياسة التربية الخاصة الأكثر التزاما تجاه الأفراد المعوقين وما يستجد من إحداث للمؤسسات التي تعنى بهم بالتعاون والتنسيق مع الجهات الأخرى مثل:

١- صندوق الملكة علياء للعمل الاجتماعي والتطوعي، والذي أصبح اسمه الآن الصندوق الأردني الهاشمي للتنمية البشرية.

٢- وزارة التربية والتعليم.

٣- الاتحاد العام للجمعيات الخيرية.

٤- الهيئات والمنظمات الدولية.

٥- الجمعيات الخيرية والقطاعات الأهلية والخاصة.

ولتفعيل هذه التوجهات، فقد أحدثت مديرية التربية الخاصة في وزارة التنمية الاجتماعية عام ١٩٧٣م، لتتحمل مسؤولية إدارة برامج التربية الخاصة في الأردن وتخطيط السياسة المستقبلية لها، وتتولى حاليا المديرية المهمات والمسؤوليات التالية:

أولاً: توفير الرعاية المؤسسية والخدمات التربوية والتعليمية والنفسية للمعوقين ضمن سياسة تربوية خاصة من خلال مجموعة المدارس والمراكز والصفوف المختلفة التي تقدم خدمات الرعاية والايواء بالإضافة إلى التربية والتعليم.

ثانياً: رسم سياسة خدمات التربية الخاصة في الأردن وتبني المشروعات الريادية وتجهيزها ووضع الخطط المناسبة للإجراءات العملية فيها.

ثالثاً: توفير خدمات التدريب والتأهيل المهني والتشغيل للمعوقين من مختلف فئات المعوقين من خلال مراكز التأهيل المهني وبرامج التشغيل التي يتوافر فيها التدريب على مهن الحدادة والنجارة والخياطة والتجليد وتنسيق الزهور والتجميل وتجليس ودهان وميكانيك السيارات والتنجيد والتريكو والأشغال اليدوية البسيطة.

رابعاً: دعم برامج الإرشاد والتوعية والتثقيف الاجتماعي لأسر المعوقين والمجتمع المحلي التي تهدف إلى الوقاية من الإعاقة والإجراءات المتبعة في التعامل مع الطفل المعوق والعلاقة مع المدرسة والعمل على تعديل اتجاهات المجتمع نحو المعوق ودعم برامج الإعلام في التلفزيون والراديو والصحف والمجلات والنشرات والتنسيق مع الجهات ذات العلاقة لايصال البرامج الإرشادية إلى المعنيين.

خامساً: إجراء الدراسات والبحوث وإقامة الندوات والدورات وتشخيص الإعاقات وتقديم الاستشارات الفنية (تربوية ونفسية ومهنية) للمعوقين وأسرهم وغيرهم من الباحثين والدارسين والمهتمين في مجالات الإعاقة المختلفة.

سادساً: تشغيل المعوقين ومنح التسهيلات والإعفاءات والامتيازات لهم حسب القوانين والأنظمة المعمول بها.

سابعاً: الإشراف على المراكز والمدارس والصفوف التي تقدم خدمات التربية الخاصة سواء في القطاع الحكومي أو الخاص ومتابعة البرامج والنشاطات المختلفة وتقييمها والعمل المستمر في تحديثها وتطوير أساليب التعامل مع المعاقين وتعديل الخطط والمناهج لتتلاءم مع كل فئة من فئات التربية الخاصة.

بالإضافة إلى وزارة التنمية الاجتماعية، فقد جرت محاولات متعددة من جهات مختلفة أخذت تحث الخطى من أجل تقديم الخدمات في مجال التربية الخاصة، وفيما يلي عرض لمحاولات وتجارب هذه الجهات.

أولا: الصندوق الأردني الهاشمي للتنمية البشرية.

واكب صندوق التنمية البشرية الذي تأسس عام ١٩٧٩م بإرادة ملكية سامية نهضة التربية الخاصة في الأردن، ويمكن تحديد الدور الذي يقوم به الصندوق في مجال التربية الخاصة من خلال الإشارة إلى ما يلي:

١- المسح الشامل للمعوقين في الأردن والذي قام به الصندوق عام ١٩٧٨م، ونشرت نتائجه عام ١٩٧٩.

٢- الدعم الفني والمادي للمؤسسات العاملة في مجال التربية الخاصة والتأهيل وأسر المعوقين.

٣- الدورات التدريبية للكوادر والأسر والرائدات الريفيات وإجراء الدراسات والبحوث الميدانية.

٤- دعم المؤلفات وطباعة الكتب وإصدار النشرات ذات العلاقة في التربية الخاصة.

٥- تبني البرامج وإنشاء المؤسسات والصفوف في كافة مناطق المملكة.

٦- تبني الندوات والمحاضرات والمؤتمرات ذات العلاقة بالتربية الخاصة.

ثانياً: الاتحاد العام للجمعيات الخيرية.

يعتبر الاتحاد العام للجمعيات الخيرية في الأردن من الهيئات المحلية المميزة التي

تعطي الكثير في مجال التربية الخاصة، ويأتي دوره مكملا لدور المؤسسة الرسمية في المساهمة في تأمين الاحتياجات للمعوقين، من منطلق الإحساس بالمسؤولية الاجتماعية تجاه هذه الفئة من المواطنين، ويمكن الإشارة إلى أبرز الملامح التي قدمها الاتحاد العام للجمعيات الخيرية في الأردن على النحو التالي:

١- أقام الاتحاد العام ٩ مراكز للإعاقة العقلية في كافة محافظات المملكة في مجال رعاية متعددي الإعاقة الداخلية وضمن الجمعيات الخيرية حيث أخذت طابع الخدمات التأهيل والتدريب والتشغيل بهدف دمجهم في المجتمع.

٢- تبني مشروعات تأهيلية للمعوقين من خلال إنشاء الأكشاك للمعوقين للحد من البطالة وتوفير فرص عمل للمعوقين.

٣- تبني برامج التوعية والتثقيف والعمل مع أسرة الطفل المعوق والدورات التدريبية لأهالي المعوقين والمجتمعات المحلية.

٤- مجموعة البرامج والخدمات الهادفة في مجال التربية الخاصة والتي ساهم بها الاتحاد العام للجمعيات الخيرية من خلال إحداث قسم التربية الخاصة ومسؤولياته المختلفة في الإشراف على المراكز التابعة للاتحاد ومشاركته مع المؤسسات الأخرى الرسمية وغير الرسمية في النشاطات والفعاليات المختلفة والتنسيق بصورة مميزة من أجل رفع سوية التربية الخاصة وتطورها.

٥- التعاون مع وزارة التنمية الاجتماعية من خلال إحداث ما يزيد على ٢٦ صفا للإعاقة العقلية والسمعية في الجمعيات الخيرية.

ثالثا: وزارة التربية والتعليم.

لما كانت مسؤولية وزارة التربية والتعليم مقصورة في السنوات السابقة على الإسهام بطريقة غير مباشرة في تلبية حاجات التربية الخاصة من خلال تزويد المراكز والمدارس بالمعلمات من ملاك وزارة التربية والتعليم، إلا أنها في الوقت الحالي نشطت في مجال التربية الخاصة وذلك بعد صدور قانون المعوقين ذي الرقم ١٢ لسنة ١٩٩٣ والذي أعطى وزارة التربية والتعليم المسؤولية الكاملة عن تربية الأطفال

المعوقين وتعليمهم، إذ أحدثت وزارة التربية والتعليم قسم التربية الخاصة، وتسعى هذه الوحدة لتقديم الخدمات التعليمية التي تتناسب واحتياجات كل فئة من فئات الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة وخاصة فئة بطء التعلم وصعوبات التعلم من خلال توفير غرف مصادر في كل مدرسة من المدارس العامة، ويمكن إيجاز تطور خدمات التربية الخاصة في وزارة التربية والتعليم كما يلي:

١- افتتاح أول صف للدمج الطلبة ذوي الحاجات الخاصة عام ١٩٨٩م، بالتعاون مع صندوق الملكة علياء ووزارة التربية والتعليم في مدرسة الخنساء- عي- الكرك، وافتتاح صفان في مدرسة فقوع الأساسية - لواء القصر ومدرسة الحسينية- لواء الأغوار.

٢- افتتاح غرف مصادر في عام ١٩٩١ و ١٩٩٢م، وعددها أربع في محافظة الطفيلة والكرك وعمان وكذلك فتح غرف مصادر في مدرسة عبدون وحي نزال.

٣- التخطيط لبرامج تدريب المعلمين والمعلمات والتنسيق مع كافة الجهات ذات العلاقة.

رابعاً: الهيئات الدولية والخاصة.

فقد تميزت هذه الهيئات والمؤسسات والمراكز في أعمالها مع المعوقين بمختلف فئاتهم، وسعت جاهدة على الصعيد الفردي أو الجماعي بإنشاء وتأسيس مراكز ومؤسسات وصفوف للتربية الخاصة وتأسيس الخدمات الداخلية والخارجية، مما ترك أثرا طيبا في نفوس الأفراد المعوقين لاهتمام كافة شرائح المجتمع بهم، وتتمثل هذه المؤسسات في المؤسسة السويدية للإغاثة الفردية ودار المحبة وبيت الأمل ومركز نازك الحريري للتربية الخاصة وجمعية الشابات المسلمات وغيرها من المراكز والمؤسسات الهامة، ودورها بارز وظاهر للعيان في كافة أنحاء المملكة من خلال ما تقدم من خدمات للمعوقين ومشاركة فعالة مع المؤسسات الرسمية وغير الرسمية في كافة النشاطات والفعاليات.

واستمرت الدولة الأردنية في نهجها وخططها الموسعة الرامية إلى تطوير

برامج وخدمات التربية الخاصة لجميع فئات التربية الخاصة، والسعي لتوفير أكبر قدر ممكن من البدائل التربوية المناسبة، والتي تمثلت في المدارس والمراكز النهارية والإقامة الداخلية وصفوف الأحياء ضمن الجمعيات الخيرية وغرف المصادر ضمن المدارس العامة والورش الجماعية والمراكز الشاملة للتأهيل المهني.

أما التشريعات والقوانين والأنظمة الخاصة بالأفراد المعوقين، فقد عمدت الأجهزة المختصة في الدولة الأردنية إلى إصدار القوانين وسن التشريعات وإحداث التعليمات التي تهيء فرص الحياة الكريمة للأفراد المعوقين وحصولهم على حقوقهم التي توجت بالقانون الخاص برعاية المعوقين ذي الرقم ١٢ لسنة ١٩٩٣م.

ولإحداث مزيد من النقلة النوعية في مجال التربية الخاصة، سعت الدولة الأردنية من خلال مؤسساتها المختصة برفد مراكز ومدارس وصفوف الجمعيات التي تقدم خدمات وبرامج للأفراد المعوقين بالخبرات والكوادر البشرية المؤهلة في شتى مجالات العلوم المختلفة، إضافة إلى مواكبة المستجدات الحديثة التي تؤمن للأفراد المعوقين حياة كريمة وحصولهم على أفضل الامتيازات والتسهيلات، إذ تميزت القوانين والتشريعات بضمان حقوق المعوقين في التعليم والتدريب والتأهيل والتشغيل والإعفاءات الجمركية للسيارات ومستلزمات الحياة التي يحتاج إليها هؤلاء الأفراد، إضافة إلى وسائط النقل الخاصة بالمعوقين مثل الباصات المستخدمة في المدارس والمراكز والجمعيات، وتخفيض تذاكر السفر لغايات العلاج والتأمينات الصحية، إضافة إلى امتيازات كثيرة وفرتها الدولة للترفيه عن المعوقين ومشاركتهم في النشاطات والمهرجانات الرياضية والثقافية الداخلية والخارجية بإشراف الاتحاد الأردني لرياضة المعوقين والذي أسهم إسهاما مميزا في مجال رياضة المعوقين.

وفي مجال الوقاية من الإعاقة ، فقد عمدت الدولة الأردنية إلى العناية والاهتمام بالنواحي الصحية والطبية، حيث كانت إحدى الأولويات الوطنية ومن خلال المؤسسات الرسمية مثل وزارة الصحة والمؤسسات الطبية المدنية والعسكرية ومختلف المستشفيات والمراكز الصحية بالعمل والتنسيق فيما بينها لوضع سياسة عامة وشاملة للنهوض بصحة الفرد الجسمية والنفسية ونشر الوعي والتثقيف

الصحي والاجتماعي، والعمل على تعزيز برامج الوقاية المستمرة وتطعيم الأطفال ضد الأمراض السارية والمعدية، والوقاية من الحوادث وإصابات العمل والسير والحوادث المنزلية، والتركيز على أسباب الإعاقة ودراستها وتحليل العوامل المسببة لها من خلال الكشف المبكر، كذلك تكثيف البرامج الوقائية والندوات والمحاضرات الطبية والعناية بالأم الحامل، إضافة إلى الرسائل الإعلامية عبر الوسائل المختلفة مثل التلفزيون والراديو والصحافة والمجلات المتخصصة، والسعي المستمر إلى وضع نظام كشف وتشخيص مبكر والإرشاد والتوجيه الأسري والإرشاد الجيني والإرشاد النفسي والمتمثل في إحداث مراكز ومؤسسات متخصصة في مثل هذه البرامج.

ومن خلال الجهات الرسمية المختصة وشبه الرسمية والتطوعية والأهلية أولت الدولة الأردنية جهودا مميزة في متابعة تطور التربية الخاصة بفئاتها ومجالاتها وبرامجها وخدماتها سواء العلمية أو التربوية أو الصحية أو الاجتماعية أو النفسية أو المهنية وغيرها من النشاطات والفعاليات الهادفة، إضافة إلى العمل باستمرار على نقل تجارب الدول المتقدمة في شتى الميادين والمجالات.

ويمكن من خلال العرض السابق ايجاز مراحل تطور التربية الخاصة في الأردن على النحو التالي:

المرحلة الأولى، ما قبل عام ١٩٧٠م:

فمن خلال نظرة شاملة لسنوات سبقت عام ١٩٧٠م، نستطيع أن نميز هذه المرحلة عن المراحل اللاحقة، إذ يمكن تسميتها مرحلة التأسيس وما يمكن أن نطلق عليها المرحلة التمهيدية والتي من خلالها تم الانطلاق والخوض في تجربة فتح وإنشاء مدارس ومراكز التربية الخاصة والتي كانت تسمى مراكز (الصم والمتخلفين عقليا).

وقد شهد الأردن ولادة معهد (مؤسسة) الأراضي المقدسة للصم والبكم، التي افتتحها جلالة المغفور له الملك الحسين المعظم طيب الله ثراه في عام ١٩٦٤م، وكانت تضم ٣٠ طالبا و ٣ مدرسين حين تأسيسها، أما في الوقت الحالي فهي تضم داخل حرمها ١٣٠ طالبا وطالبة و ٥٠ موظفا، وتقدم خدمات تربوية وتدريبية ومهنية ورعاية داخلية بدءا من مرحلة الحضانة والروضة وحتى مرحلة التدريب المهني وحسب

الترتيب التالي:

- المرحلة التحضيرية (حضانة وروضة) (١/٢) ٢ سنة- ٦ سنوات.
- المرحلة الابتدائية ٦سنوات- ١٥ سنة.
- المرحلة الاعدادية والتأهيل المهني ١٤ سنة- ١٨ سنة.

أما أول مؤسسة تعنى بشؤون المتخلفين عقليا، فهي المؤسسة السويدية للإغاثة الفردية أنشئت عام ١٩٦٨م، إذ كانت تقدم خدمات لحوالي ١٠٠ منتفع حين تأسيسها من فئة الإعاقة العقلية بدرجة المتوسط والشديد.

وفي عام ١٩٦٩م، تم تأسيس ثلاثة مؤسسات حكومية وهي :

- معهد (مدرسة) النور للمكفوفين والذي يقدم خدمات تربوية وتعليمية للمكفوفين بقسميه الداخلي والخارجي.
- معهد الأمل للصم - عمان (مدرسة الأمل للتربية الخاصة) حاليا.
- معهد الأمل للصم- اربد (مدرسة الأمل للتربية الخاصة) حاليا.

حيث تقدم من خلالها خدمات وبرامج تربوية وتعليمية وتدريبية لفئة الصم ولمرحلتي الروضة والمدرسة.

وفي الوقت الحالي فإن الخدمات المقدمة من خلال هاتين المؤسستين توسعت لتشمل الأعمار من ٤-١٨ سنة وبدءا من الروضة الأولى وحتى الصف التاسع.

وبذلك يمكن القول أن هذه المرحلة قد منحت التربية الخاصة بعدا اجتماعيا مهما تمثل في ضرورة تفعيل دور المؤسسات والأفراد في العمل الاجتماعي والتحول إلى عقد السبعينات وفتح الأبواب لمزيد من التوسع الكمي والنوعي في مجالات العمل مع كافة فئات المعوقين.

المرحلة الثانية ١٩٧١-١٩٨٠:

في حين تميزت المرحلة الأولى بالتمهيد والتأسيس لمراكز التربية الخاصة، فيمكن القول: إن المرحلة الثانية في عقد السبعينات يمكن أن نطلق عليها مرحلة التحول الطبيعي للدخول المباشر في جسم المؤسسات الاجتماعية، إذ تميزت هذه

المرحلة بالزيادة في إعداد المراكز والمؤسسات والتي بلغت خمسة عشر مركزا ومؤسسة تعنى بشؤون المعوقين وارتفع عدد المنتفعين فيها إلى حوالي (٥٠٠) طالب وطالبة، كذلك تميزت هذه المرحلة بإحداث برامج جديدة ذات صبغة تدريبية مهنية وتأهيلية ونشاطات منهجية متجددة ولا منهجية مميزة ومتطورة أكثر من عهدها السابق، وإدخال تعديلات على بعض المناهج وطرائق التدريس والتنوع في الخدمات والبرامج المقدمة لفئات المعوقين.

وقد كان لجمعية الصحة النفسية السبق في الاهتمام بمجال التربية الخاصة الذي تبين من خلال تأسيس مراكز تتبع للجمعية في جبل اللويبدة في عام ١٩٧٢م ومركز البقعة في عام ١٩٧٤م، ومركز بيادر وادي السير في عام ١٩٧٩م، إذ يتم من خلال هذه المراكز تقديم خدمات شاملة للمعوقين عقليا في القسم الداخلي والخارجي والتي تتمثل في برامج التعليم، والتدريب والتهيئة المهنية والارشاد والرعاية الداخلية والنشاطات الترفيهية وغيرها من البرامج الهادفة.

وشهد عام ١٩٧٣م، تأسيس مركز التأهيل المهني- الرصيفة لتدريب الأفراد من ١٦-٤٥ سنة من فئات الإعاقة العقلية والسمعية والبصرية والحركية، وتم إحداث برامج وخدمات تتواءم مع فئات المنتفعين وتدريبهم على مجموعة من المهن المختلفة مثل النجارة والحدادة والخياطة وتجليس السيارات وأعمال القش والخيزران وصناعة الأحذية والجلديات وغيرها من المهن الممكن تدريب الطلبة عليها.

وشهد عام ١٩٧٤م، تأسيس جمعية الشابات المسلمات -البنيات- التي تميزت بتقديم خدمات التعليم والتدريب والتأهيل المهني للمعوقين عقليا، حتى أصبحت من المراكز الرائدة والمتطورة في تقديم خدماتها.

وفي عام ١٩٧١م، تم تأسيس مركز جمعية الحسين لرعاية وتأهيل المشلولوين- عمان والتي تقدم خدمات للأفراد المعوقين حركيا تتمثل في التعليم والتدريب والتأهيل المهني والعلاج الطبيعي في القسم الداخلي والخارجي.

وفي عام ١٩٧٢م، تم تأسيس دار رعاية المشلولين- المفرق والتي أصبحت مركز رعاية وتأهيل المعوقين حركيا في الوقت الحالي ويقدم خدمات التعليم والتدريب

والتأهيل المهني والعلاج الطبيعي في القسم الداخلي الخارجي.

وشهد عام ١٩٧٤م، تأسيس المركز الإقليمي لتأهيل وتدريب الكفيفات التابع للجنة الشرق الأوسط للمكفوفين والذي أصبح اسمه المركز السعودي لتدريب الكفيفات بالأردن بهدف تقديم خدمات تربوية وتدريب مهني للكفيفات إضافة إلى تأسيس جمعية الصداقة للمكفوفين بهدف تقديم خدمات تربوية واجتماعية وتدريبية للمكفوفين.

وفي عام ١٩٧٧م، قامت وزارة التنمية الاجتماعية بتأسيس مركز المنار- الزرقاء، يتلقى الطلاب فيه خدمات تربوية وتعليمية ضمن طرائق تدريس فردية وتهيئة مهنية ويقدم خدمات للقسم الخارجي فقط.

كذلك تم في نفس العام إحداث مركز المنار- اربد وفي القسمين الداخلي والخارجي يتلقى الطلاب خدمات الرعاية المؤسسية الداخلية والتعليم والتدريب والتهيئة المهنية والنشاطات التربوية المختلفة.

وعلى صعيد المؤسسات التطوعية والأهلية، تم في عام ١٩٧٥م، تأسيس مركز الرجاء لتعليم وتدريب وتأهيل الصم كمركز نهاري باشر عمله في عام ١٩٧٧م، وتقدم لهم خدمات تربوية وتعليمية مع تعديلات في المناهج وطرائق التدريس في أقسام الروضة والمدرسة.

وفي عام ١٩٧٨م، نشطت جمعية الملكة علياء لرعاية وتأهيل المعوقين سمعيا وإحداث مؤسسة الملكة علياء للسمع والنطق في عمان بهدف تدريب الأطفال في مراحل العمر الأولى على جميع المشكلات السمعية والنطقية حيث تقدم خدماتها سنويا لمئات الأطفال ممن يعانون إعاقة سمعية ونطقية كلية أو جزئية.

وشهد عام ١٩٧٨م، إحداث مراكز ومدارس للصم تمثلت في تأسيس وزارة التنمية الاجتماعية مركز (مدرسة) الملكة علياء للمعوقين سمعيا الرصيفة (مدرسة الأمل- الملكة علياء) حاليا واستمرت المدرسة في تقديم خدماتها حتى أصبحت حاليا تمثل نواة مدرسة ثانوية تمتد فيها المراحل من الروضة وحتى الصف التاسع الأساسي للأعمار من ٤-١٨ سنة، يتلقون خدمات تربوية وتعليمية وتدريب وتهيئة

مهنية وبعد سن المدرسة يتم تحويلهم إلى مركز التأهيل المهني للتدريب على المهن المختلفة.

وقد شهد عام ١٩٧٩م، نشاطا ملحوظا للاتحاد العام للجمعيات الخيرية، إذ تم إنشاء مركز الأمل- الطفيلة، ومركز الجمعية الوطنية لرعاية المعوقين عقليا في نفس العام.

وبذلك تكون هذه المرحلة قد شهدت تطورا ملموسا في مجال خدمات المعوقين تمثلت في الزيادة الملحوظة في إعداد المراكز والمدارس ومشاركة جهات تطوعية وخيرية مثل الاتحاد العام للجمعيات الخيرية والأفراد والجمعيات الأهلية وانخراط جميع هؤلاء في العمل الاجتماعي مع المعوقين، إضافة إلى أن هذه المرحلة تميزت بتقديم نوعية أفضل من الخدمات والبرامج الهادفة.

المرحلة الثالثة ١٩٨١-١٩٩٠م:

في حين تميزت المرحلتين السابقتين بالتمهيد لتأسيس المراكز والمؤسسات للانخراط في جسم المؤسسات الاجتماعية والتطور في نوعية ومستوى الخدمات، فقد تميزت هذه المرحلة بالانطلاق والتوسع الكمي والنوعي في مجال رعاية المعوقين، إذ بدأت الانطلاقة الفعلية لكافة القطاعات الحكومية والتطوعية والأهلية، وذلك بعد الإعلان العالمي للأمم المتحدة بأن عام ١٩٨١م، العالم الدولي للمعوقين والذي صدر عنه مجموعة من المبادئ والمواثيق المهمة والداعية إلى العمل مع فئات المعوقين وكانت الاستجابة على المستوى المحلي عالية وصادقة.

وقد بدأت جهات عدة في الأردن تنخرط في العمل الاجتماعي مع المعوقين والتوسع في الخدمات والبرامج والمراحل التعليمية وخدمات الرعاية الداخلية والتأهيلية والعلاجية والارشادية، وظهر أن مراكز ومؤسسات ومدارس وصفوف التربية الخاصة قد بدأت تنتشر خارج العاصمة شاملة لجميع محافظات المملكة دون استثناء.

وكذلك تميزت هذه المرحلة بظهور كليات ومعاهد متخصصة في إعداد الكوادر الفنية المؤهلة في تربية وتعليم المعوقين، والتي دعت إليها الحاجة الفعلية

لتوفير كوادر متخصصة للعمل في المجال، حيث أن الفترة السابقة شهدت نقص شديد في وجود كوادر متخصصة للتعامل مع هذه الفئات، وقد كان لتأسيس كلية الخدمة الاجتماعية (كلية الأميرة رحمة حاليا) وكلية التربية في الجامعة الأردنية وكلية العلاج الطبيعي في الخدمات الطبية الملكية والكلية الجامعية المتوسطة، وغيرها أهمية خاصة في رفد المراكز والمدارس بالأعداد اللازمة من المتخصصين في التربية الخاصة والعلاج الطبيعي والخدمة الاجتماعية، مما كان له أثر ايجابي في تربية وتعليم وتدريب المعوقين من مختلف فئاتهم.

وهنا يمكن اعتبار هذه المرحلة وفترة الثمانينات عقد العمل الاجتماعي، إذ شهد الأردن في عام ١٩٨١م، احتفالات بالعام الدولي للمعوقين ومشاركته دول العالم في جميع المناسبات ذات العلاقة بالمعوقين، واستمرت الإنطلاقة الشاملة للعمل ومن مختلف الجهات بالتعاون والتنسيق فيما بينها، إذ بلغ عدد المراكز والمؤسسات التي تم إحداثها خلال هذه المرحلة عشرين مؤسسة كانت غالبيتها تتبع للقطاع التطوعي والأهلي، وهذا يؤكد مدى حرص واهتمام المجتمع على النهوض بالأفراد المعوقين والتوجهات الإنسانية لهذه القطاعات أكثر من أي وقت مضى، ونلاحظ خلال هذه المرحلة أن القطاع الحكومي لم يؤد الدور المطلوب منه سوى إحداث مركزين في السلط واربد، وهذا يبين الفجوة التي حصلت في تلك الفترة وما عانته من حالة جمود، وتشير الإحصاءات أن عدد المراكز والمدارس حتى نهاية تلك المرحلة قد بلغ حوالي ٤٨، مؤسسة تقدم خدماتها لحوالي ١٥١٢ منتفعا.

إذ شهد عام ١٩٨١م، إحداث مركز المنار- السلط للإعاقة العقلية وبطاقة استيعابية بلغت في حينها ٤٠ منتفعا تقدم لهم خدمات تعليمية وتدريبية بدءا من سن ٤-١٦ سنة، وتبعه في نفس العام ١٩٨١م، إحداث مركز الجوفة لرعاية المعوقين عقليا- عمان والذي أصبح فيما بعد مركز المنار- عمان، وبهدف تقديم خدمات تربية وتعليم لفئة المعوقين عقليا من سن ٤-١٦ سنة وجميعها تتبع لوزارة التنمية الاجتماعية.

أما على صعيد التأهيل المهني فقد قامت وزارة التنمية الاجتماعية بتأسيس مركز التأهيل المهني في محافظة اربد بهدف تقديم خدمات التدريب والتأهيل المهني

لمختلف فئات المعوقين القادرين على التدريب للأعمار من ١٦-٤٥ سنة.

ونشط في هذه المرحلة القطاع التطوعي والأهلي، حيث تم تأسيس مركز الأميرة بسمة- الزرقاء، واربد للتربية الخاصة، ١٩٨١م، ومؤسسة جعفر للتربية الخاصة ١٩٨١م، والمدرسة الإسلامية للكفيفات ١٩٨٢م، والتي أغلقت عام ١٩٩٨.

وبدعم من صندوق الملكة علياء للعمل الاجتماعي التطوعي تم تأسيس مركز مؤتة للتربية الخاصة عام ١٩٨٣م في محافظة الكرك وبطاقة استيعابية بلغت في حينها ٥٠ منتفعا من المعوقين عقليا وسمعيا.

وقد نشطت القطاعات الأهلية في مجال العناية بالشلل الدماغي، حيث تم في عام ١٩٨٣م، تأسيس جمعية ابن سينا للعناية بالشلل الدماغي بهدف تدريب وتعليم حالات الشلل الدماغي.

كذلك نشطت وزارة الصحة في عام ١٩٨٤م، حيث تم إحداث قسم التخلف العقلي الشديد في المركز الوطني للصحة النفسية وبطاقة استيعابية بلغت في حنيها ٤٥ منتفعا من الكبار.

وشهد عام ١٩٨٥م، نشاطا ملحوظا تمثل في إحداث مركز الثغر للتربية الخاصة في مدينة العقبة المعوقين عقليا، وكذلك تم في العام نفسه تأسيس المدرسة النموذجية للتربية الخاصة- عمان، وتم تأسيس بيت الأمل لمتعددي الإعاقة - الزرقاء في نفس العام للإعاقة العقلية الشديدة والمتعددي الإعاقة .

وقد تأسس في نفس العام صرح مميز للتربية الخاصة وهو مركز نازك الحريري للتربية الخاصة والذي يعتبر معلماً بارزاً ودليلاً واضح على تطور التربية الخاصة والذي انشيء بدعم من القطاع الخاص ويقدم خدماته لفئة المعوقين عقليا البسيط والمتوسط تقدم لهم كافة خدمات التربية الخاصة وبشكل مميز وبتوفير كوادر متخصصة.

وقد نشطت وكالة الغوث الدولية في عام ١٩٨٧م، في مجال التأهيل المجتمعي للمعوقين وتقديم خدمات التربية الخاصة والتأهيل لأبناء اللاجئين الفلسطينيين من فئة المعوقين عقليا وحالات الشلل الدماغي حيث تم تأسيس مراكز التأهيل المجتمعي في مخيم غزة ومخيم سوف والبقعة ومخيم الشهيد عزمي المفتي، تقدم من خلالها

خدمات التدريب والتعليم والارشاد والعلاج.

وفي عام ١٩٨٧م، تم تأسيس مركز الرازي للتربية الخاصة للمعوقين عقليا وكذلك تم تأسيس مركز الأميرة بسمة للتربية الخاصة (جميعة أبناء الجنوب) في محافظة معان.

وفي عام ١٩٨٨م، تم تأسيس مركز الأمل- سحاب التابع للاتحاد العام للجمعيات الخيرية للمعوقين عقليا.

وشهد عام ١٩٨٨ كذلك تأسيس المركز الوطني للسمعيات بهدف تدريب الأطفال المعوقين سمعيا دون سن الخامسة عشرة، وكذلك تم تأسيس دار المحبة لرعاية حالات الإعاقة الشديدة والمتوسطة.

وفي عام ١٩٨٩م، تم تأسيس مركز تشخيص الإعاقات المبكرة بإشراف وزارة الصحة بحيث يقوم هذا المركز بمهمات الكشف عن الأطفال دون سن السادسة عشرة بهدف بيان مستويات قدراتهم العقلية والنفسية والجسمية وتزويد الجهات المختلفة بالتقارير اللازمة عن الحالات المحولة لهذا المركز.

وبهذا العرض يتبين أن المرحلة الثالثة شهدت درجة متقدمة من التوسع والاهتمام من كل القطاعات، حيث كانت هذه مرتكزات الانطلاق إلى المرحلة اللاحقة.

المرحلة الرابعة ١٩٩١-١٩٩٥م:

شهدت هذه المرحلة نموا كبيرا وتقدما متسارعا في كل الصعد ويمكن تسمية هذه المرحلة (الرابعة) مرحلة الإنطلاق والتسارع.

وقد تمثل ذلك في إعداد المراكز والمدارس والصفوف التي تم إحداثها سواء الحكومية منها أو التطوعية أو الأهلية والتي وصلت خلال سنوات هذه المرحلة إلى ٥٧ مؤسسة تعنى بشؤون المعوقين عقليا وسمعيا وحركيا وبصريا ومتعددي الإعاقة وصفوف المدارس العامة، إضافة إلى التغير النوعي والتحديث الذي واكب برامج وخدمات التربية الخاصة الشاملة التربوية منها والتدريبية والإرشادية والتأهيلية والرعاية الداخلية والعلاج والتشغيل والإنطلاق قدما نحو التأهيل الشامل والدمج التربوي والوظيفي، وبروز تحولات جذرية في مستويات الرعاية الداخلية، والدمج

للأطفال القابلين للتعلم ضمن المدارس العامة، والسـعي لتوفير البيئة التعليمية المناسبة لهم داخل المدرسة والصفوف الخاصة الملحقة بالمدارس العامة، والتحاق فئات القابلين للتدريب في مراكز التأهيل والمصانع والمعامل والمشاغل المحمية.

- فقد شهد عام ١٩٩١م، تأسيس مركز المنار- عمان، ومركز الكرك للرعاية والتأهيل، ومركز جرش للرعاية والتأهيل وإحداث مدرسة الكورة للتربية الخاصة وعدد من صفوف الجمعيات الخيرية والتي بلغت أربعة صفوف للإعاقة السمعية وإثنان للإعاقة العقلية.

وشهد عام ١٩٩٢م، تأسيس صفوف الجمعيات الخيرية والتي بلغت صفان للإعاقة العقلية وصف واحد للإعاقة السمعية.

وكذلك شهد عام ١٩٩٣م، تأسيس مراكز المنار للتنمية الفكرية (التربية الخاصة)، في كل من المفرق والطفيلة وعجلون ومعان ومدرسة الأمل العقبة وروضة الأمل- الزرقاء، إضافة إلى إحداث صفوف في الجمعيات الخيرية حيث بلغت خمسة صفوف للإعاقة السمعية وستة صفوف للإعاقة العقلية.

وشهد عام ١٩٩٤م، تأسيس مركز المنار دير علا ومراكز لرعاية التأهيل في كل من السلط ومادبا وسحاب وعمان لحالات شديدي الإعاقة ، إضافة إلى إحداث صفوف في الجمعيات الخيرية بلغت ستة صفوف للإعاقة العقلية.

هذا ما قامت به وزارة التنمية الاجتماعية في الفترة من ١٩٩١م، ولغاية ١٩٩٤-١٩٩٥م، بنشاط ملحوظ وملموس على المستويات كافة، أما في القطاعات الأخرى التطوعية والأهلية فقد تم تأسيس ١٠ مراكز للتربية الخاصة خلال الفترة من ١٩٩١م، ولغاية ١٩٩٤م، وعلى النحو التالي:

مركز الرجاء للتربية الخاصة ١٩٩١م، والمركز الحديث للتربية الخاصة ١٩٩١م، ومدرسة الروضة للتربية الخاصة ١٩٩٢م، والمركز العربي للتربية الخاصة ١٩٩٢م، والمركز الوطني للتربية الخاصة ١٩٩٢م، ومركز الأميرة هيا للتربية الخاصة ١٩٩٢م، والمركز الأردني للتربية الخاصة ١٩٩٢م، ومركز الأمل/السلط، ١٩٩٢م، ومركز جمعية عثمان بن عفان ١٩٩٣م، ومركز جنة الأطفال للتربية الخاصة ١٩٩٤م.

وبذلك يكون القطاع التطوعي والأهلي قد لعب دورا مميزا خلال هذه المرحلة تمثل في تأسيس مزيد من المراكز والتنوع في خدمات التربية الخاصة وبرامج المعوقين ودعمها بالكوادر المؤهلة والمتخصصة للعمل مع هذه الفئات.

وبهذا نستطيع القول بأن مراحل التطور التي شهدتها التربية الخاصة خلال أربعة عقود بدءا من عام ١٩٦٤م، وحتى عام ١٩٩٤م، تعد تطورات حثيثة حققت خلالها الدولة الأردنية السبق في مستوى الخدمات والبرامج المقدمة للمعوقين. وهذا جعلها في مصاف الدول المتطورة وعلى رأس الدول النامية في مجال التربية الخاصة.

عملية تصنيف الإعاقات والمشكلات المرتبطة بها :

أولا: نبذة سريعة عن نشأة التصنيف ومشكلاته.

منذ قرون مضت لم يكن تصنيف الناس إلى فئات أمرا هاما، حيث كان الهدف الأول لجميع الناس هو الكفاح من أجل البقاء، اما الذين وقفت إعاقاتهم حائلا دون المشاركة الكاملة في كل الأنشطة المحققة لهذا الهدف فقد تركوا وحدهم للكفاح بطريقتهم الخاصة من أجل ضمان البقاء، وذلك عن طريق الاستجداء أو تلقي المعونات والصدقات من الآخرين، بل ربما وصل الأمر بهم في بعض الأحيان إلى الإبادة والإهلاك حتى يستريح المجتمع من شرهم.

وفي أواخر القرن التاسع عشر وأوائل القرن العشرين، استخدمت صفات وألقاب مهينة بحيث أطلقت على الأفراد المعوقين في المجتمع بطريقة تحط من قيمتهم وشأنهم، فقد أطلق مثلا على المتخلفين عقليا والمضطربين انفعاليا ألقاب كثيرة منها: المغفلون، الأغبياء، البله، المعتوهون، المجانين، كما أطلقت صفات وألقاب مماثلة على فئات أخرى من المعوقين أو الذين ولدوا بتشوهات خلقية، ولقد كان الهدف واحدا في كل هذه الحالات ألا وهو منع كل معوق من المشاركة في الأنشطة والأعمال التي يقوم بها العاديون، وحرمانهم من التمتع بالامتيازات والحقوق أو الخدمات التي يوفرها المجتمع عادة لأفراده العاديين.

ولقد حاول بعض المربين في السنوات الأخيرة أن يتصدى لقضية تصنيف غير العاديين من أفراد المجتمع نؤكد أن هذا التصنيف قد أدى – وما زال يؤدي حتى

عصرنا الحاضر، إلى عزل هؤلاء الأفراد عن بقية أفراد المجتمع –ومنعهم من المشاركة في أنشطة الحياة العادية أو الانضمام إلى بقية افراده في التمتع بكل الحقوق والواجبات، بينما حاول البعض الآخر أن يثبت بالدليل والبرهان أهمية هذا التصنيف مؤكدا أن ادماج الأفراد الغير عاديين أو المعوقين في المجتمع، وتمكينهم من التمتع بكل المزايا والحقوق والواجبات يحتم علينا أن نتخذ أسلوبا تصنيفيا خاصا يمكننا من تصنيفهم إلى فئات خاصة، كما يسهل للمختص تقديم الخدمات اللازمة والبرامج التربوية المناسبة لكل فئة.

وتعتبر مشكلة تصنيف الأطفال الغير عادية من أعقد مشكلات التربية الخاصة فقد أثارت كثيرا من الجدل والنزاع والشقاق والنقاش بين المختصين خاصة في السنوات الأخيرة، كما أنها أدت وما زالت تؤدي إلى مشكلات نفسية وإنسانية وعاطفية، والى خلق مشكلات واعتبارات سياسية داخل بعض المجتمعات بالإضافة إلى إثارتها لاهتمام كثير من فروع العلم والتربية، ومما زاد من تعقيد هذه المشكلة واحتدام المعركة حولها أن النتائج التي توصلت إليها بعض البحوث التي أجريت حول أهمية عملية التصنيف لم تكن حاسمة أو قاطعة إلى حد كبير، كما أنها لم تسفر إلا عن تناقض في البراهين المقدمة، وضعف في الأساليب العلمية التي استخدمت في هذه الدراسات والبحوث.

وفي التعامل مع المشكلات والقضايا الخطيرة المتعددة الجوانب ينقسم الباحثون عادة إلى فريقين، فريق مؤيد، وفريق معارض، ولكل منهما حجته القوية ورأيه المبرر فيما يعتنقه ويناصره، وقد ارتأى من يؤيدون تصنيف الأطفال الغير عاديين إلى فئات، إن عملية التصنيف ضرورة لا بد منها لما تحققه من المزايا والفوائد التالية:

١- أنها تربط بين تشخيص الحالة والطريقة الخاصة الملائمة لعلاجها.

٢- سهولة التفاهم والتعامل بين المختصين فيما يتعلق بتصنيف نتائج البحوث وتقييمها.

٣- اعتماد تمويل البرامج والخدمات المقدمة لهذه الفئات على عملية التصنيف

وتحديد الفئات.

٤- مساعدة الرأي العام على التعرف بوضوح على الاحتياجات الخاصة بهؤلاء الاطفال.

على حين يرى الفريق المعارض ضرورة التخلي عن عملية التصنيف، ويدعو إلى إبطالها نظرا لما يمكن أن تؤدي إليه من الأضرار التالية:

١- التركيز على النواحي السلبية في الطفل ولفت أنظار الآخرين إلى وجود النقص والعيب فيه.

٢- الاعتماد على الصفة التي أطلقت على الطفل في الاستجابة له والتهوين من شأنه فيما يمكن أن يحققه من تقدم في المستقبل.

٣- ربما يؤدي بأقران الطفل إلى السخرية منه أو نبذه والإعراض عنه.

٤- صعوبة نزع هذه الصفة عن الطفل واستمرارها معه لفترة معينة قد يستعصي بعدها أن يستعيد الطفل حالته العادية ويصبح طفلا عاديا مثل كل الأطفال.

٥- تكوين الطفل لمفهوم سيء عن نفسه.

٦- غالبا ما تتخذ التصنيفات ذريعة لإبعاد الأطفال وإقصائهم عن المشاركة والانتظام في المدارس أو الفصول العادية.

من خلال ما سبق تبين لنا أن هناك أسبابا قوية وحججا مقنعة لكل فريق من المؤيدين أو المعارضين لعملية تصنيف الأطفال الغير عاديين إلى فئات، ويمكننا القول بأن ما سبق ذكره من فوائد لعملية التصنيف لم يقاس منها بعض الأطفال فقط، بل قد شمل ذلك أيضا مجموعات كبيرة من الأطفال بالإضافة إلى الآباء والمختصين الذين يرتبطون بفئة معينة من الفئات المصنفة.

من ناحية أخرى فإن الجوانب السلبية والأضرار الناتجة عن هذه العملية تؤثر بشكل أقوى وبصفة فردية على كل طفل يتم تميزه بصفة معينة من صفات التصنيف، ولا يوجد بين الفوائد والمزايا الأربعة التي أثبتناها سابقا ما يستفيد منه الطفل بأي حال من الأحوال إلا الميزة الأولى والتي تتعلق بربط عملية التشخيص بالعلاج المناسب الصائب للطفل، وهي فائدة ضئيلة وغامضة في مقومها اذا أمعنا

النظر فيها.

كذلك إن إطلاق مسميات على الأطفال ليس هاما في الدرجة الأولى ولا تفيد المدرس إلا نادرا في تحديد من يتم تدريسه وكيف يمكن تدريسه من هؤلاء الأطفال حتى ولو أطلقنا عليه خمس صفات أو سميناه بأسماء مختلفة.

الأنظمة البديلة لتصنيفات التربية الخاصة:

يعتبر التصنيف عملية ضرورية لكل النظم بما في ذلك التربية الخاصة، نظرا لما تحققه من تنظيم الحقائق وترتيب المعلومات، كما تؤدي إلى انتظام البحوث وسهولة تبادل الأفكار والآراء بين القائمين بها، ولقد اعتمدت أنظمة التصنيف التقليدية في التربية الخاصة إلى حد كبير على أنظمة ومعلومات مستقلة من علوم الطب تركز على نواحي النقص والخلل البدنية أو النفسية في الطفل وغالبا ما تكون هذه النواحي إما حقيقية أو يفترض وجودها في هذا الطفل، ونتيجة لهذا الاعتماد فإن المسميات والصفات التي استخدمت للتعرف على الأطفال الغير عاديين تعتبر سلبية وغير هادفة وغالبا ما تؤدي بهم إلى الشعور بوصمة العار والأضرار الأخرى التي أشرنا إليها سابقا.

من ناحية أخرى فقد تعرضت أنظمة التصنيف التقليدية للتجريح والانتقاد الشديد، حيث وصفت بعدم ارتباطها الوثيق بعملية التربية، فمجرد معرفتنا بأن طفلا ما قد تم تصنيفه على أنه من المتخلفين عقليا القابلين للتدريب، لا يوضح لنا على وجه التحديد المهارات التي يحتاج الطفل إلى تعلمها أو كيف يمكن للمدرس أن يساعده على تعلم هذه المهارات بأقل الطرق.

ولقد بذلت، منذ عهد قريب، بعض الجهود لتطوير واستخدام أنظمة تصنيفية أخرى في التربية الخاصة تعتمد في الدرجة الأولى على عوامل وثيقة الصلة بالعملية التربوية، وبمقتضى هذا النظام يمكن تقييم الأطفال وتصنيفهم طبقا لاختلافهم عن العاديين في ثلاثة أبعاد رئيسية، والتي يتفرع كل منها إلى ثلاثة أبعاد فرعية، وهذه الأبعاد هي:

١- الحالة البدنية، وهذه تنقسم بالتالي الي:

أ- الانحراف البدني الواضح.

ب- قدرات الطفل أو نواحي عجزه وقصوره من الناحية الحركية.

جـ- قدرات الطفل المتصلة بعملية التخاطب والاتصال وما يعانيه من مشاكل في هذا المجال.

٢- الوضع التكيفي أو التوافقي، وتنقسم بدورها إلي ما يلي:

أ- تقبل أقران الطفل له وميلهم إليه.

ب- تفاعل الأسرة مع الطفل واستجابتهم له.

جـ- احترام الطفل لذاته.

٣- الوضع التربوي، والذي ينقسم بدوره إلي ما يلي:

أ- الإنجاز والتحصيل الدراسي.

ب- الدافعية إلى التعليم.

جـ- الإمكانية التربوية.

برامج التربية الخاصة.

يميل النظام التعليمي في مجتمع من المجتمعات إلى أن يعكس الفلسفة السياسية والاجتماعية لهذا المجتمع، ففي النظم الديموقراطية حيث يسود الاعتقاد بأن الدولة وجدت لتحقيق سعادة الفرد ورفاهيته، يتم تنظيم العملية التعليمية بشكل يحقق هذه الغاية، من هنا اكتسب الشعار القائل (بأن الناس جميعا خلقوا متساويين) معنى هاما في مجال التربية في المجتمعات الديمقراطية.

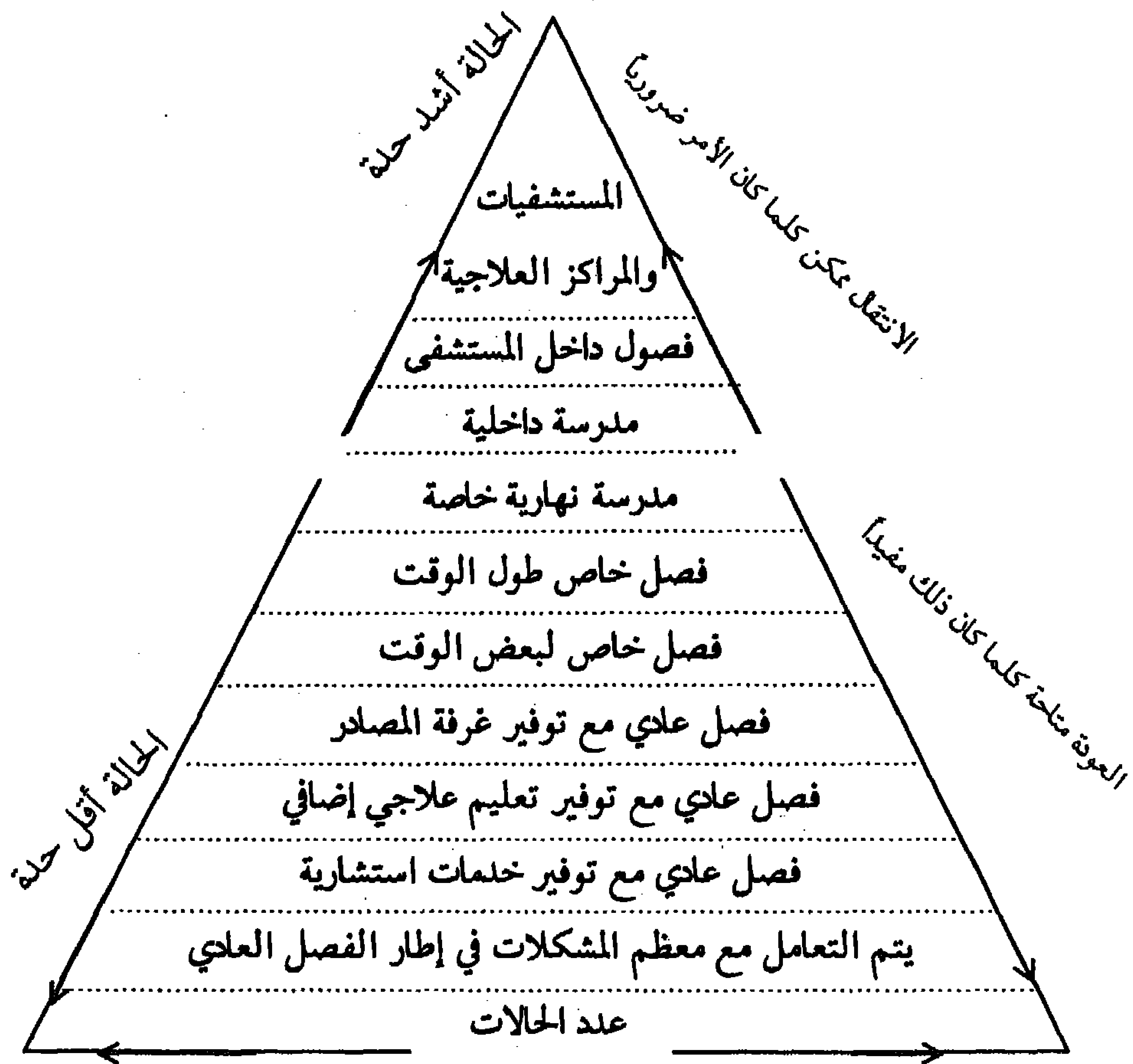
فعلى الرغم من أن هذا الشعار استخدم من جانب الأجيال السابقة لكي يعني المساواة أمام القانون إلا أنه تم تفسير الشعار أيضا بحيث يعني التكافؤ في الفرص، يتضمن هذا التفسير إتاحة الفرص المتكافئة في التعليم أمام جميع الأطفال، أي حق كل طفل في الحصول على فرصة للتعلم طبقا لما تسمح به طاقاته وإمكانياته، كبرت هذه الطاقة أم صغرت.

مما يتمشى إذن مع الفلسفة الديموقراطية أن تتاح الفرصة أمام جميع الأطفال للتعلم، سواء كانوا أطفالا متوسطين ام أذكياء أم متخلفين، سواء كانوا صما أو مكفوفين أو مضطربين انفعاليا أو غير ذلك من أوجه الاختلاف.

ثم قامت النظم المدرسية بالعديد من التعديلات على برامجها التعليمية

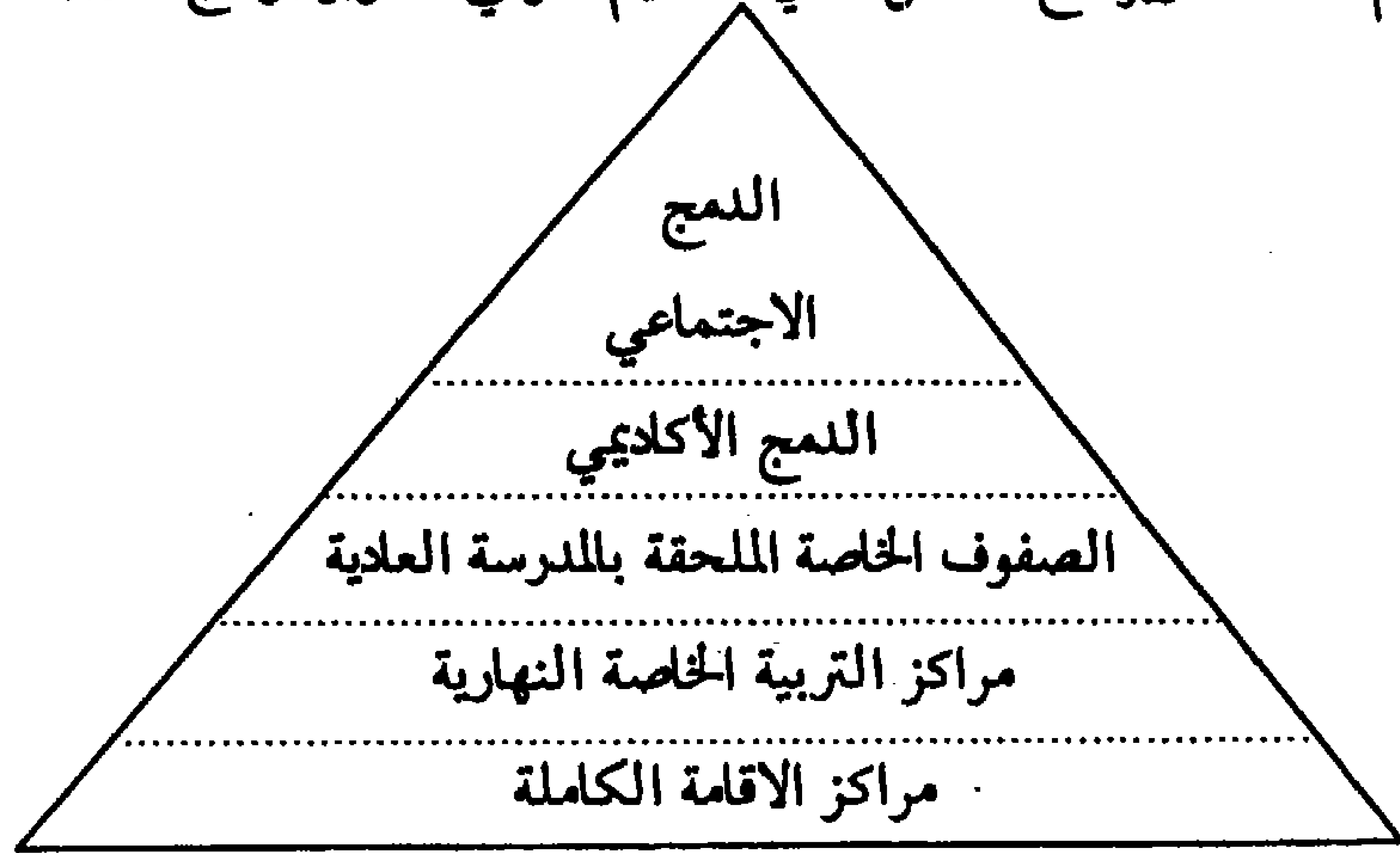
العادية حتى تحقق التكيف والتأقلم للأطفال الذين ينحرفون عن المعيار العـادي إلى الحد الذي يجعلهم غير قادرين علـى الاسـتفادة التامـة مـن الـبرامج العاديـة، وهـذه البرامج يطلق عليها برامج التربية الخاصة، حيث تعددت أساليبها وطرقها كي تواجه الحاجات التعليمية المختلفة للأطفال غير العادية.

قام رينولدر، (١٩٦٢م) بتلخيص التدرج الهرمي للخدمات التي يمكـن تقديمـها للأطفال غير العاديين، ففي قاعدة الهرم تظهر حالات الإعاقة البسيطة، وفي قمة الهرم تظهر حالات الإعاقة الحادة، أما المشكلات البسيطة فتضم غالبيـة هـذه الحـالات، إذ تتلقى الفصول الدراسية بصورة طبيعية.



الشكل رقم (١) التدرج الهرمي لبرامج التربية الخاصة

ولقد تطورت برامج التربية الخاصة بشكل ملحوظ في معظم دول العالم وخاصة دول العالم المتقدمة، ويوضح الشكل التالي التنظيم الهرمي لتطوير برامج التربية الخاصة.



الشكل رقم (٢) التنظيم الهرمي لبرامج التربية الخاصة

١- مراكز الإقامة الكاملة (Residential School)

تعتبر مراكز الإقامة الكاملة من أقدم برامج التربية الخاصة، فقد ظهرت هذه المراكز منذ بدايات الحرب العالمية الأولى وما بعدها، وغالبا ما كانت هذه المراكز معزولة عن التجمعات السكانية، وتقدم هذه المراكز خدمات إيوائية وصحية واجتماعية تربوية، ويسمح فيها للأهالي بزيارة أبنائهم في المناسبات المختلفة، وقد وجهت العديد من الانتقادات لهذا النوع من البرامج، فقد وجه كروكشانك (١٩٥٨م)، عددا من الانتقادات أهمها عزل الأطفال المعوقين عن المجتمع وعن الحياة الطبيعية، ووصم الأطفال (Stigma) الملتحقين بهذه المراكز على أنهم منبوذين عن المجتمع، إضافة إلى تدني مستوى الخدمات الصحية والتربوية في مثل هذا النوع من المراكز.

٢- مراكز التربية الخاصة النهارية (Special Day Care Schools):

ظهرت مراكز التربية الخاصة النهارية كرد فعل للانتقادات التي وجهت إلى مراكز الإقامة الكاملة، وفي هذا النوع من المراكز يتلقى الاطفال خدمات تربوية واجتماعية على مدى مدار نصف اليوم تقريبا، وغالبا ما يكون عمل هذه المراكز

صباحا وحتى بعد الظهر حتى يمضي الأطفال الفترة الصباحية في هذه المراكز، أما فترة ما بعد الظهر فيقضونها في منازلهم ومع ذويهم، وتبدو مزايا هذا النوع من البرامج في أنها توفر فرصا تربوية لفئة معينة من الأطفال المعوقين، وفي الوقت نفسه تحافظ على بقاء الطفل مع أسرته وفي نفس الجو الطبيعي للطفل بعد ذلك، وتشمل خدمات هذه المراكز على ايصال الطلبة من وإلى منازلهم هذا بالإضافة إلى الخدمات الصحية، وبالرغم من الاستحسان الذي تواجهه مثل هذه المراكز إلا أنها تعرضت لبعض الانتقادات والتي أهمها عدم توفر المكان المناسب لإقامة المراكز النهارية وقلة عدد الأخصائيين في ميادين التربية الخاصة المختلفة وصعوبة المواصلات، ونتيجة لهذه الانتقادات فقد ظهرت محاولات لإصلاح برامج التعليم في هذه المراكز وذلك بوجود ما يسمى المدرس الزائر أو المتنقل (Itinerant Teacher) أو ما يسمى (Resourse Teacher) ومهمة الشخص الزائر أو المتنقل العمل على مساعدة معلمي التربية الخاصة في مراكز التربية الخاصة النهارية أو في المدرسة العادية في حل مشكلات الأطفال المعوقين الأكاديمية والاجتماعية.

٣- الصفوف الخاصة الملحقة بالمدرسة العادية (Special Classes With Regular Schools)

ظهر هذا النوع من الصفوف نتيجة للانتقادات التي وجهت إلى مراكز التربية الخاصة النهارية ونتيجة لتغير الاتجاهات العامة نحو المعوقين من السلبية إلى الإيجابية، ويخصص في هذا النوع من البرامج صفوف خاصة للأطفال المعوقين عقليا أو جسميا أو بصريا أو حركيا ملحقة بالمدرسة العادية، وغالبا ما يكون عدد الأطفال المعوقين في الصف لا يتجاوز العشرة طلبة، ويتلقى هؤلاء الطلبة برامج تعليمية في صفوفهم الخاصة من قبل مدرس التربية الخاصة، كما يتلقون برامج تعليمية مشتركة في الصفوف العادية وفي نفس المدرسة ومع زملائهم من الطلبة العاديين، ويهدف هذا النوع من البرامج إلى زيادة فرص التفاعل الاجتماعي والتربوي بين الأطفال المعوقين والعاديين، وفي نفس الظروف الاجتماعية المدرسية، كما تبدو ميزات هذه البرامج في أنها قريبة في جوها العام الأكاديمي والاجتماعي من المدارس العادية، ومع

ذلك فقد وجهت انتقادات لها تتمثل في مدى صعوبة الانتقال من الصفوف الخاصة إلى الصفوف العادية، وتحديد المواد المشتركة بين الطلبة العاديين والمعوقين، والمواد غير المشتركة.

٤- الدمج الأكاديمي (Mainsteaming)

يعرف الدمج الأكاديمي بأنه يمثل ذلك النوع من البرامج التي تعمل على وضع الطفل غير العادي في الصف العادي مع الطلبة العاديين لبعض الوقت وفي بعض المواد بشرط أن يستفيد الطفل غير العادي من ذلك، وبحيث تهيء الظروف المناسبة لانجاح فكرة دمج الأطفال المعوقين مع الأطفال العاديين، وتبدو مبررات هذا الاتجاه الجديد في توفير الفرص التربوية والاجتماعية المناسبة للطفل غير العادي وفي الصفوف العادية، أو كما يشير كوفمان إلى وضع الطفل المعوق في أقل البيئات التربوية تقييدا، ويقصد بذلك وضعه في المدرسة العادية ويتضمن هذا الاتجاه الجديد في تعليم المعوقين ثلاثة مراحل رئيسية هي:

١- مرحلة التجانس بين الطلبة العاديين والمعوقين.

٢- مرحلة تخطيط البرامج التربوية وطرق تدريسها لكل من الطلبة العاديين والمعوقين.

٣- مرحلة تحديد المسؤوليات الملقة على عاتق أطراف العملية التعليمية من إدارة مدرسية ومعلمين ومشرفين ... الخ.

وقد وجهت بعض الانتقادات إلى مفهوم الدمج وطريقة تطبيقه ومع ذلك فإنه يبقى مرحلة مهمة من مراحل تطوير برامج التربية الخاصة.

٥- الدمج الاجتماعي (Normalization) :

تعتبر مرحلة الدمج الاجتماعي مرحلة نهائية من مراحل تطور برامج التربية الخاصة للمعوقين، إذ أنها تعكس الاتجاهات الاجتماعية الايجابية نحو المعوقين، ويقصد بذلك العمل على دمج المعوقين في الحياة الاجتماعية العادية، وتبدو عملية الدمج هذه في مظهرين رئيسين، الأول: هو الدمج في مجال العمل، وتوفير الفرص

المهنية المناسبة للمعوقين للعمل كأفراد منتجين في المجتمع وتقبل ذلك اجتماعيا، أما المظهر الثاني فيبدو في الدمج السكني، بحيث تتاح الفرصة للمعوقين للسكن والإقامة في الأحياء السكنية العادية، كأسر مستقلة وما يشتمله ذلك من كل الإجراءات الضرورية واللازمة لتقبل هذه الأسر والتعامل معها على أساس من حكم الجيرة ومستلزماتها.

حجم انتشار الإعاقات في المجتمع:

تعتبر مشكلة وجود احصاءات دقيقة عن عدد ذوي الإعاقات ومدى انتشارهم في المجتمع مشكلة عالمية، ذلك أن توفر البيانات والمعلومات الدقيقة في هذا المجال يتأثر غالبا بالعوامل التالية:

١- الاتجاهات الاجتماعية السائدة نحو المعوقين وشعور الكثير بأنهم وصمة عار، لذا يخفي معظم الناس أي معلومات عمن يكون لديهم من معوقين.

٢- استخدام وسائل دقيقة للإحصاء والتقييم، فليس العد هو الوسيلة المثلى لذلك، بل ينبغي أن يستخدم في إجراء هذه العملية مجموعة من الوسائل التشخيصية التقييمية بالإضافة إلى توفر تعريفات واضحة ومحددة لكل فئة من المعوقين.

وقد قدرت الأمم المتحدة في مؤتمراتها العلمية المختلفة حجم انتشار المعوقين في المجتمع بنسبة تعادل ١٠٪ من حجم السكان، وهي نسبة معقولة غير مبالغ فيها.

ويتوقع الخبراء تزايد حجم مشكلة الإعاقة والعجز في المجتمعات نتيجة للعوامل التالية:

١- التقدم العلمي التكنولوجي المذهل في مجال العلاج الطبي والجراحة والذي ترتب عليه إنقاذ مجموعة كبيرة من الأطفال أو المصابين في حوادث حيث قضى التقدم في فن العلاج والجراحة على موت هؤلاء الأطفال أو المصابين بحوادث أو أمراض متفشية في مقابل بقائهم على قيد الحياة يعانون من عجز بدني أو عقلي.

٢- التطور التكنولوجي وازدياد حركة التصنيع والمواصلات وسهولة استخدام

السيارات مما زاد من معدلات الحوادث والإصابات.

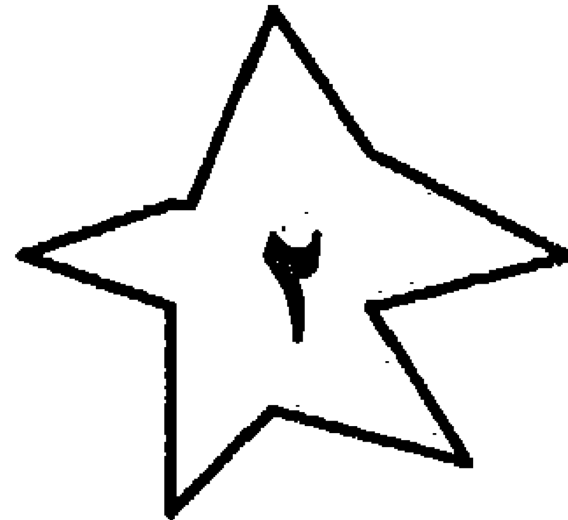
٣- زيادة متوسط عمر الإنسان.

٤- ازدياد النمو الحضاري والثقافي وانتشاره بين كثير من شعوب العالم.

الفصل الثاني

الموهوبون

- مفهوم الطفل الموهوب.
- نسبة الموهوبين.
- قياس وتشخيص الأطفال الموهوبين.
- الخصائص السلوكية والتعليمية للطفل الموهوب.
- المناهج والبرامج المقدمة للموهوبين.
- الاستراتيجيات التعليمية المقدمة للموهوبين.
- الاتجاهات العامة في تربية الموهوبين.



الفصل الثاني

الموهوبون

Giftedness

مقدمة:

يأتي في مقدمة الاهتمامات المبدئية للنظم التربوية في كثير من دول العالم توفير فرص متكافئة أمام جميع أطفال المجتمع للنمو بأقصى ما تمكنهم منه طاقاتهم وقدراتهم، ترتب على ذلك أن حاولت النظم التعليمية ايجاد أساليب متنوعة للتعليم لمواجهة الأشكال المختلفة من الانحرافات عن المعايير العادية التي يحتمل وجودها بين الأطفال . لقد نشأ مجال التربية الخاصة بصفة أساسية من أجل تحقيق هذا الهدف الاجتماعي وطرأ عليه تغييرات دائمة وتطورات مستمرة، لسنوات عديدة مضت تضمنت برامج التربية الخاصة برامج لمواجهة احتياجات الأطفال المتفوقين والموهوبين، إلا أن هذه الفئة من الأطفال غير العادية لم تحصل بشكل دائم على الخدمات التربوية والتعليمية التي تعتبر ضرورية لتنمية إمكانياتهم وقدراتهم إلى أقصى حد ممكن.

على مدى التاريخ الإنساني الطويل قدم أشخاص موهوبين كثيرون إسهامات تتميز بالأصالة والأهمية للحياة الإنسانية في المجالات المختلفة للحياة بما في ذلك من أسهم منهم في ابتكار الأساليب والأدوات والوسائل التي تستفيد منها في الوقت الحاضر فئات عديدة من الأطفال المعوقين، إن حاجة المجتمعات التي لا تتوقف إلى المخترعين والعلماء والفنانين والكتاب والقادة الاجتماعيين والسياسيين تفرض على الجميع المشاركة في إتاحة الفرص أمام كل طفل متفوق أو موهوب لتحقيق أقصى ما يمكنه من طاقاته الخاصة.

ونظرا لأننا نعيش في عصر يتسم بالتفجر المعرفي والعلمي والتطور التقني والتغير والتقدم المتسارعين، فإن دول العالم المتقدم تتسابق للسبق في ميدان التقدم

في مختلف مجالات الحياة، وهنا تبرز دور العملية التربوية المنظمة والمخططة في تنمية الإبداع وتطويره، وذلك من خلال توفير المناخ الملائم للتربية الإبداعية التي تجعل من المتعلم متميزا في فكره وقوله وعمله ليسهم في إضافة العلم والمعرفة وتطبيقاتها فيشارك في بناء المجتمع ونهضته.

مفهوم الطفل الموهوب:

لقد لفتت ظاهرة التفوق العقلي نظر الفلاسفة والمفكرين منذ أقدم العصور، وحاول بعضهم أن يقدم تفسيرات شتى لهذه الظاهرة كما استخدمت عدة مصطلحات والتي تعبر عن ذلك الفرد منها مفهوم الطفل الموهوب (Gifted Child)ومصطلح الطفل المتفوق (Superior Child)، ومصطلح الطفل المبدع (Creative Child)، أو مصطلح الطفل الموهوب (Talnted Child)، ومهما يكن من أمر هذه المصطلحات، فإننا نجد أن هذه المصطلحات تعبر عن فئة من الأطفال غير العاديين، والتي تندرج تحت مظلة التربية الخاصة، ومن هنا ظهرت بعض المبررات التي تعتبر موضوع تربية الموهوبين موضوعا رئيسيا من موضوعات التربية الخاصة، وتبدو هذه المبررات فيما يلي:

١- تشكل نسبة الأطفال الموهوبين حوالي ٣٪، وتقع هذه النسبة على طرف منحنى التوزيع الطبيعي ويعني ذلك اختلاف قدرات هذه النسبة من الأطفال عن بقية الأطفال العاديين.

٢- حاجة الأطفال الموهوبين إلى برامج ومناهج تربوية تختلف في محتواها عن برامج ومناهج الأطفال العاديين.

٣- حاجة الأطفال الموهوبين إلى طرائق تدريس تختلف في طبيعتها عن طرائق التدريس المتبعة مع الأطفال العاديين.

وبناء على تلك المبررات فقد تم إدراج تربية الموهوبين تحت مظلة التربية الخاصة، والتي تهتم بتربية الأطفال غير العاديين، إذ تتطلب هذه الفئة برامج ومناهج تربوية، وطرائق تدريس تختلف في طبيعتها عن تلك البرامج والمناهج وطرق التدريس المتبعة مع الأطفال العاديين.

تعريفات الطفل الموهوب:

ظهرت العديد من التعريفات لتوضيح المعنى المقصود من الطفل الموهوب، فمنهم من يعتمد على الوصف الظاهري للخصائص الجسمية كوسيلة لتحديد الموهوب ومنهم من يعتمد معاملات الذكاء، وفريق ثالث يعتمد مستوى التحصيل الأكاديمي كوسيلة للتعرف على الموهوب، وفريق رابع يعتمد على مجالات متعددة لتحديد الموهوب.

إن الأطفال الموهوبين هم بطريقة ما متفوقين في عدد من الجوانب بالنسبة للأطفال الذين يتشابهون معهم في العمر الزمني، فهم أولئك الأفراد الذين يتفوقون مع المجموعة المتشابهة لهم من حيث العمر الزمني، ولكننا قد نجد صعوبة في تعريف الطفل الموهوب وفي تحديد هويته.

أحد تعاريف الموهبة ذلك التعريف الذي جاء في الكتاب السنوي للجمعية الوطنية للدراسات التربوية بالولايات المتحدة الأمريكية عام (١٩٥٨م) يقول التعريف أن الطفل الموهوب هو ذلك الطفل الذي يظهر أداء مرموقا بصفة مستمرة في أي مجال من المجالات ذات الأهمية، وعلى ذلك فإن التعريف يضم ليس فقط المتفوقون عقليا بل أيضا أولئك الذين يظهرون موهبة في الموسيقى أو الأعمال الأدبية الخلاقة أو المهارات الميكانيكية أو القيادة الاجتماعية.

وفي عام ١٩٥٩م قدم كل من فليجلر وبيش التعريف التالي: يشمل مفهوم الطفل الموهوب الأطفال الذين يتمتعون بقدرات عقلية متقدمة، أو قدرات عالية في التحصيل الدراسي، أو الذين يظهرون تفوقا في المجالات الآتية: الرياضيات، العلوم، الميكانيكا، الفنون التعبيرية، الأدب الخلاق، الموسيقى، القيادة الاجتماعية، القدرة الابتكارية الفريدة في التعامل مع البيئة.

أما تعريف ويتي الذي تبنته الرابطة الأمريكية للأطفال الموهوبين فإنه يعرف الموهوبين بأنهم أولئك الأفراد الذين يكون أداؤهم عاليا بدرجة ملحوظة بصفة دائمة في مجالات الموسيقى، أو الفنون أو القيادة الاجتماعية أو الأشكال الأخرى من التعبير.

ويمكن تصنيف تعريف الطفل الموهوب إلى مجموعتين هما:

١- التعريفات السيكومترية (الكلاسيكية) التي تعتمد نسبة الذكاء:

تتضمن تلك التعريفات التي تركز على القدرة العقلية، واعتبارها المعيار الوحيد في تعريف الطفل الموهوب، والتي يعبر عنها بنسبة الذكاء، حيث اعتبرت نسبة الذكاء المرتفعة هي الحد الفاصل بين الأطفال الموهوبين، والعاديين، ويبدو ذلك في تعريف هولنج ورووث وتيرمان والذي ركز على القدرة العقلية العامة والتي تقيسها اختبارات الذكاء واعتبر تيرمان نسبة الذكاء ١٤٠ هي الحد الفاصل بين الطفل الموهوب والعادي، وتبنى هذا التعريف ديهان وهافجهرست ١٩٥٧م، حيث اعتبرا القدرة العقلية شاملة لعدد من الجوانب منها الموهبة والقدرة اللفظية، والقدرة المكانية التخيلية، والقدرة الميكانيكية والموسيقية ... الخ. ثم ظهرت تعريفات للطفل الموهوب تركز على الأداء المتميز خاصة في المهارات الموسيقية، والفنية والكتابية، والميكانيكية والقيادة الاجتماعية، من هذه التعريفات تعريف سمبتون ولوكنج وجيلفورد ولوسيتو ١٩٥٩-١٩٦٣م، كذلك كيرك عام ١٩٧٩م حيث بين أن الطفل الموهوب هو ذلك الفرد الذي يتميز بقدرة عقلية عالية حيث تزيد نسبة ذكائه عن ١٣٠، كما يتميز بقدرة عالية على التفكير الابداعي.

٢- التعريفات الحديثة في ضوء مستويات أداء فعلية:

ظهرت العديد من الانتقادات التي وجهت إلى التعريفات المعتمدة على نسبة الذكاء للطفل الموهوب، من هذه الانتقادات أن مقاييس الذكاء كمقياس ستانفورد بينيه أو مقياس وكسلر لا تقيس قدرات الطفل الأخرى، كالقدرة الإبداعية أو المواهب الخاصة، أو السمات العقلية للفرد، بل تظهر قدرته العقلية العامة والمعبر عنها بنسبة الذكاء، هذا إضافة إلى انتقادات كالتحيز الثقافي والعرقي والطبقي وصدقها وثباتها، ونقص قدرة اختبارات الذكاء على قياس التفكير الابتكاري كما أشار جلفورد ١٩٧٥م إلى قدرة اختبارات الذكاء على قياس القدرة على التفكير المحدد باستجابات معينة لا القدرة على التفكير الابتكاري، ومن هنا ظهر الاهتمام بظهور مقاييس أخرى تقيس القدرة على التفكير الابتكاري والإبداعي، وظهرت مقاييس

التفكير الابتكاري والإبداعي فيما بعد، وقد اعتمدت التعريفات الحديثة للطفل الموهوب على تغير النظرة إلى أداء الطفل الموهوب في المجتمع وقيمته الاجتماعية، إذ لم يعد ينظر إلى القدرة العقلية العالية كمعيار وحيد في تعريف الطفل الموهوب بل أيضا إلى الأداء كالتحصيل الأكاديمي والتفكير الإبداعي، والمواهب الخاصة، والسمات الشخصية كمعايير رئيسية في تعريف الطفل الموهوب.

وقد عرفت ليتاهولنجورت الطفل الموهوب بأنه الطفل الذي يتعلم بقدرة وسرعة تفوق بقية الأطفال وقد يعبر عن هذه القدرة الفائقة على التعلم في مجالات الفنون كالموسيقى والرسم، وقد تكون في مجالات المجردات والتحصيل الأكاديمي.

أما تعريف مكتب التربية الأمريكية للموهوبين والمتفوقين فقد جاء : الأطفال الموهوبين هم أولئك الذين يتم التعرف عليهم من قبل أشخاص مؤهلين بأن لديهم قدرة وأداء عالي، وهؤلاء الأشخاص يحتاجون إلى برامج تربوية خاصة، إضافة إلى البرامج التي تقدم للأشخاص العاديين في البرنامج التربوي المدرسي، وهؤلاء الأطفال هم القادرون على الأداء المرتفع في واحدة أو أكثر من القدرات التالية:

١- مقدرة عقلية عالية.

٢- قدرات أكاديمية متخصصة.

٣- قدرات إبداعية.

٤- قدرات قيادية.

٥- قدرات فنية وحركية.

وقد تبنى هذا التعريف الجمعية الامريكية لتعليم المتميزين وتبنته كثير من المنظمات والمؤسسات التي تعنى بالطفل المتميز في دول العالم المختلفة.

كذلك ظهر هذا الإتجاه لدى تورانس ونيولاند وهيوارد مارلند ١٩٧٠-١٩٨٠م، حيث يذكر مارلند بأن الطفل الموهوب هو ذلك الفرد الذي يظهر أداءً متميزا في التحصيل الأكاديمي وفي بعد أو أكثر من الأبعاد التالية:

١- القدرة العقلية العامة.

٢- الاستعداد الأكاديمي المتخصص.

٣- التفكير الابتكاري أو الإبداع.
٤- القدرة القيادية.
٥- المهارات الفنية.
٦- المهارات الحركية.

أما رينزولي ١٩٧٧م فيرى أن الطفل الموهوب هو ذلك الفرد الذي يظهر قدرة عقلية عالية على الإبداع وقدرة على الالتزام بأداء المهمات المطلوبة منه، وعلى ذلك يجمع الاتجاه الحديث في تعريف الموهوب على عدد من المعايير وقد يكون التعريف التالي ممثلا لذلك الاتجاه الحديث:

الطفل الموهوب، هو ذلك الفرد الذي يظهر أداء متميزا مقارنة مع المجموعة العمرية التي ينتمي إليها في واحدة أو أكثر من الأبعاد التالية:

١- القدرة العقلية العالية (حيث تزيد نسبة الذكاء عن انحراف معياري واحد أو انحرافين معياريين).
٢- القدرة الإبداعية العالية.
٣- القدرة على التحصيل الأكاديمي المرتفع.
٤- القدرة على القيام بمهارات متميزة (مواهب متميزة) كالمهارات الفنية أو الرياضية أو اللغوية.
٥- القدرة على المثابرة والالتزام والدافعية، والمرونة، والاستقلالية في التفكير.

وأخيرا يمكن القول بأن التعاريف الحالية للموهوبين تضم الأطفال الذين تضعهم قدراتهم المعرفية في القطاع الأعلى للتوزيع الاعتدالي الذي يضم أعلى ٣-٥٪ من أفراد المجتمع، والتعاريف الأوسع نطاقا للموهوبين تضم بعض الخصائص مثل الابتكار، والمواهب العالية في مجالات الفنون والأداء وبعض مجالات الإنجاز المرغوب فيها اجتماعيا، على أن هذه التعاريف جميعا تدور حول ثلاثة مفاهيم أساسية للموهبة هي:

١- التفوق في القدرة المعرفية.
٢- الابتكارية في التفكير والإنتاج.
٣- المواهب العالية في مجالات خاصة.

نسبة الموهوبين:

حسب تعريفاتنا السابقة يتبين لنا أن ما يعادل ٢٪ من الأطفال الذين هم في عمر المدرسة يمكن اعتبارهم على أنهم موهوبين وحسب مقاييس الذكاء يتبين لنا أن ٨٥٪ من مجموع الطلاب يتوقع أن ذكائهم أقل من ١١٥، و ٩٨٪ أقل من ١٣٠، ولكن مكتب التعليم في الولايات المتحدة الأميركية لم يذكر نسبة الموهوبين لكن منشورات الحكومة ذكرت أنهم يشكلون ٣٪ فقط.

وإذا أخذنا بعين الاعتبار المعايير المستخدمة في تعريف الطفل الموهوب لوجدنا أنها تختلف تبعا للمعايير المستخدمة، وتزداد نسبة الأطفال الموهوبين كلما قل عدد المعايير المستخدمة في التعريف والعكس صحيح، مثلا لو أخذنا بعدا واحدا من أبعاد التعريف وهو القدرة العقلية العالية والتي تحدد نسبة الذكاء والتي تزيد عن ١٤٥ أو ثلاثة انحرافات معيارية فوق المتوسط للذكاء، لوجدنا أن نسبة الأطفال الموهوبين تصل إلى حوالي ١٪، أما اذا أخذنا نسبة الذكاء التي تزيد عن ١٣٠ أو انحرافين معياريين فوق المتوسط فإن نسبة الأطفال الموهوبين تصل إلى حوالي ٣٪، وهكذا.

أما مارلند ١٩٧١ فيقدر أن ما نسبته ٣٪-٥٪ من أطفال المدارس في الولايات المتحدة هم من الموهوبين.

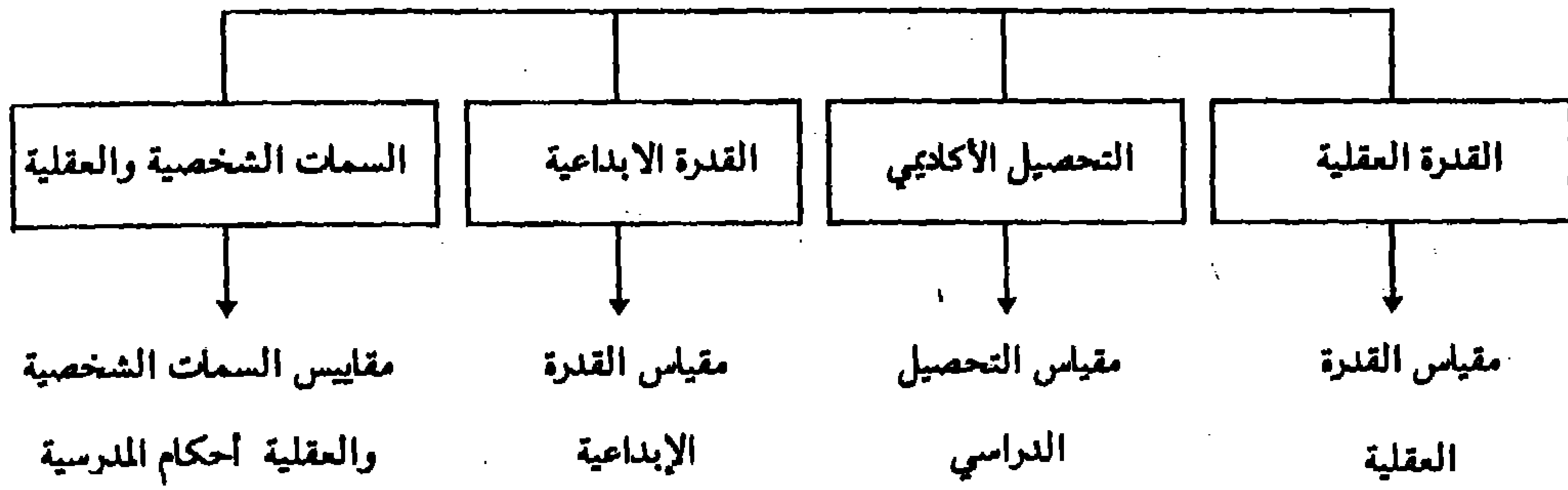
قياس وتشخيص الأطفال الموهوبين:

يوجد إتفاق عام على أنه كلما تم الكشف عن الطفل الموهوب في وقت مبكر، كلما تمكن الاخصائيون من إعداد وتوفير الخبرات التعليمية الملائمة لتحقيق أقصى قدر ممكن من النمو لهذا الطفل، ومن ثم يصبح الكشف المبكر هو مفتاح التوصل إلى اكتشاف المدى الواسع من الطاقات البشرية المتاحة في أي مجتمع من المجتمعات، على أن التعرف أو الكشف عن حالات الأطفال الموهوبين ليس أمرا سهلا وميسرا بالنسبة لعدد كبير من هؤلاء الأطفال، صحيح أن بعض الأطفال الموهوبين يمكن التعرف عليهم بطريقة سهلة نظرا لأدائهم المتقدم بوضوح في القراءة، والثروة اللفظية وما يبدو عليهم من درجة عالية من الميول الأكاديمية وحب الاستطلاع والمعرفة .

الاستطلاع والمعرفة، الا أن بعض الأطفال الآخرين لا يمكن الكشف عنهم بنفس هذه الدرجة من السهولة من خلال ملاحظات الوالدين أو المدرسين، ومن ثم يتوجب الكشف عنهم باستخدام أساليب أكثر موضوعية.

إذن تعتبر عملية قياس وتشخيص الأطفال الموهوبين عملية معقدة تنطوي على الكثير من الإجراءات والتي تتطلب استخدام أكثر من أداة من أدوات قياس وتشخيص الأطفال الموهوبين، ويعود السبب في تعقد عملية التشخيص إلى تعدد أبعاد مفهوم الطفل الموهوب، وتتضمن الأبعاد القدرة العقلية، القدرة الإبداعية، القدرة التحصيلية والمهارات والمواهب الخاصة، والسمات الشخصية والعقلية، لذا يجب الاهتمام بقياس كل بعد من هذه الأبعاد وأدوات القياس الخاصة بها.

أبعاد عملية قياس وتشخيص الطفل الموهوب



وفيما يلي شرح لمقاييس تلك الأبعاد:

١- مقاييس القدرة العقلية (الاختبارات الفردية للذكاء):

لا نستطيع أن ننكر أن مدى فعالية نسبة الذكاء للتعرف على المحكات الأخرى في تعريف الموهبة محدودة، إلا أنه مع ذلك يظل الذكاء المقاس يمثل ركنا هاما من أركان تعريف الأطفال الموهوبين وتصنيفهم، لذلك فإن استخدام أحد اختبارات الذكاء الفردية كجزء من مدخل شامل للقياس والتقدير يمكن أن يسهل عملية الكشف على القدرة المعرفية المتفوقة.

ومن مقاييس الذكاء العامة والتي تصلح لقياس وتشخيص القدرة العقلية العامة لدى الموهوبين المقاييس التالية:

١- مقياس ستانفورد بينيه للذكاء.

٢- مقياس وكسلر للذكاء.

٣- مقياس مكارثي للقدرة العقلية.

٤- مقياس جود انف للرسم.

٥- مقياس سلوسن لذكاء الاطفال.

٢- مقياس التحصيل الأكاديمي:

تعتبر مقاييس التحصيل الأكاديمي المقننة أو المدرسية، من المقاييس المناسبة في تحديد قدرة المفحوص التحصيلية، والتي يعبر عنها عادة بنسبة مئوية، وعلى سبيل المثل تعتبر امتحانات القبول أو الثانوية العامة أو الامتحانات المدرسية من الاختبارات المناسبة في تقدير درجة التحصيل الأكاديمي للمفحوص، ويعتبر المفحوص متفوقا من الناحية التحصيلية الأكاديمية إذا زادت نسبة تحصيلة الأكاديمي عن ٩٠٪ أي أعلى ٣٪ من الطلبة في تحصيلهم الأكاديمي، ومن المقاييس التحصيلية المقننة:

١- المقياس التحصيلي الشامل، يهدف إلى قياس مهارات القراءة والكتابة والاملاء، والعمليات الحسابية ويصلح هذا المقياس للفئات العمرية من سن ٥ وحتى سن الرشد.

٢- المقياس التحصيلي الفردي، يهدف إلى قياس مهارات القراءة، والإملاء، والمهارات الرياضية، كذلك التحصيل العام للمفحوص، حيث يصلح هذا المقياس للفئات العمرية من صف الروضة (اي ما قبل المدرسة) وحتى الصف الثاني عشر.

٣- مقياس العمليات الرياضية، يهدف إلى قياس المهارت الرياضية لدى المفحوص، حيث يصلح لصفوف ما قبل المدرسة وحتى الصف السادس.

٣- مقاييس القدرة الإبداعية:

تمثل القدرة الإبداعية (Creativity) إحدى الأبعاد الأساسية المكونة للموهبة والتفوق، ويعتبر الفرد موهوبا اذا تميز عن أقرانه المناظرين لـه في العمر الزمني في قدرته الإبداعية، حيث تعتبر القدرة على التفكير الإبداعي أو التفكير الابتكاري

مؤشرا أساسيا يدل على الموهبة، وقد ظهرت تعريفات متعددة لمفهوم الإبداع، إذ يعرفه جيلفورد ١٩٧٥م بأنه ذلك الاستعداد لدى الفرد لإنتاج أفكار جديدة مفيدة، ويعرفه تورانس ١٩٧٤م بأنه القدرة على ابتكار حلول للمشكلات، ويركز تورانس على السمات الشخصية والعقلية لذوي القدرة على الإبداع، والتفكير الابتكاري والتي تبدو في الطلاقة والمرونة والأصالة في التفكير.

وتشير ريم ١٩٨٣م، وديفس وريم ١٩٧٩م إلى عدد من العوامل أو الأبعاد المكونة للموهبة والتفكير الإبداعي، مثل تعدد الاهتمامات، والتفكير الاستقلالي، والتفكير التخيلي، واللعب الهادف، والأصالة في التفكير، وحب الاستطلاع، وعلى ضوء هذه التعاريف لمفهوم الإبداع، فقد تبدو نتاج التفكير الإبداعي في أي مجال من مجالات الحياة كالمجال الإداري أو الفني، أو الرياضي أو الاجتماعي ... الخ، ويعتبر مقياس تورانس للتفكير الابداعي من أشهر مقاييس التفكير الإبداعي، ومن الاختبارات الأخرى في مجال التفكير الإبداعي مقياس جيلفورد للتفكير الإبداعي، ومقياس جيتزلز وجاكسون.

٤- مقاييس السمات الشخصية والعقلية:

تمثل مقاييس السمات الشخصية والعقلية للموهوبين، الاتجاه الحديث في تعريف الموهوبين، إذ يتضمن المفهوم الحديث للموهبة عددا من الأبعاد أهمها، بعد السمات الشخصية والعقلية والتي تميز الموهوبين عن غيرهم من العاديين خاصة اذا تقارب أداء الأفراد العاديين والموهوبين في قدراتهم العقلية، والتي يعبر عنها عادة بمصطلح نسبة الذكاء وهذا حسب ما أشار إليه رينزولي ١٩٧٧م وريم ١٩٨٣م، وعلى ذلك فإن ما يميز الأفراد بعضهم عن بعض سماتهم الشخصية والعقلية، من مثل الدافعية العالية والمثابرة والالتزام، والأصالة والمرونة والاستقلالية في التفكير، والتفكير التأملي، والقدرة على النقد وتقبله ... الخ. وعلى ذلك ظهرت في العقدين الأخيرين العديد من مقاييس السمات الشخصية والعقلية للموهوبين مثل مقاييس رينزولي ورفاقه ١٩٧٦م والمعروف باسم مقاييس تقدير السمات السلوكية للطلبة المتفوقين، ومقياس الكشف عن الموهوبين في مرحلة ما قبل المدرسة والذي أعدته ريم ١٩٧٦م، ومقياس الكشف عن الموهوبين في المرحلة الإعدادية والثانوية.

الخصائص السلوكية والتعليمية للطفل الموهوب.

حظي الموهوبون باهتمام الباحثين والدارسين وعلماء التربية وعلم النفس، وبخاصة بعد الحرب العالمية الثانية، إذ تنبهوا إلى أهمية دراسة الخصائص الذاتية لشخصية الموهوبين، حتى أصبح من أكثر الموضوعات تناولا في حلقات البحث العلمي، وذلك استجابة إلى الحاجة الملحة والماسة إليهم، والتي أملتها ظروف ومتطلبات التفجر المعرفي والتطور التكنولوجي والتسارع العلمي الذي يسود العالم في هذا العصر.

وهناك العديد من الدراسات حول خصائص الموهوبين وسماتهم، فقد بدأ تيرمان دراسته وعندما ظهرت حركة الإبداع والابتكار أجرى تورنس دراسة أخرى، إضافة إلى عشرات الدراسات والأبحاث التي قام بها المهتمون في هذا المجال، وقد أشارت هذه الدراسات والبحوث إلى أن الموهوبين يتسمون بمنظومة من الخصائص في المجالات التالية:

١- الخصائص العقلية:

إن أهم ما يميز الشخص الموهوب عن غيره من الأشخاص العاديين يكمن في خصائصه العقلية، فالطفل الموهوب يكون أسرع في نموه العقلي عن غيره من الأطفال العاديين، ويمكن إجمال ما يتميز به الموهوب من سمات وخصائص عقلية فيما يلي:

١- سريع التعلم والحفظ والفهم وقوي الذاكرة ودائم التساؤل ومتفوق في التحصيل الدراسي.

٢- سريع الاستجابة وحاضر البديهة وواسع الأفق ويملك القدرة على التخيل والاستدلال ويربط بين الخبرات السابقة والحالية.

٣- محب للاستطلاع والفضول العقلي الذي ينعكس في أسئلته المتعددة.

٤- أفكاره منظمة ويسهل عليه صياغتها بلغة سليمة ويقترح أفكارا قد يعتبرها الآخرون غريبة.

٥- يعطي أولوية للخيال الإبداعي على التفكير المنطقي ويختبر الأفكار والخبرات الجديدة.

٦- متوازن القوى العقلية ويحافظ في مجمل حياته على التقدم الذي أحرزه في طفولته.

٧- الموضوعية المجردة في التفكير ويحاول أن يتعلم قبل أن يصل إلى سن المدرسة.

٨- يحب الاطلاع في عمق واتساع، وعنده رغبة قوية في المعرفة، ويبدي اهتماما بالكلمات والأفكار.

٩- وضوح التفكير ودقة وخصوبة الخيال واليقظة والقدرات الفائقة على الملاحظة والتذكر والاستيعاب.

١٠- يستمتع بقراءة القصص وكتابة القصائد الشعرية، ويهتم بالأفكار اللغوية وتكون قراءته سريعة وفي وقت مبكر.

١١- قادر على تنظيم العمل باستمرار وتجذبه الأشياء غير المكتملة، ويدرك الأشياء بطريقة لا يدركها غيره.

٢- الخصائص الجسمية:

أظهرت الدراسات المستفيضة لعلماء النفس أن مستوى النمو الجسمي والصحي العامة لهذه الفئة من الأطفال يفوق بل وأفضل من مستوى العادي، حيث يتميز الموهوب بالخصائص التالية:

١- يخلو من العاهات الجسمية ولائق بدنيا ويتمتع بصحة جيدة.

٢- أقوى جسما وأفضل صحة وأثقل وزنا وأكثر طولا من أقرانه.

٣- يتفوق في تكوينه الجسمي ومعدل نموه ونشاطه الحركي على أقرانه.

٤- طاقته للعمل عالية ونموه العام سريع.

٥- صحيح البنية وحسن التكوين ويتحمل المشاق.

٦- ينام لفترة قصيرة، ولديه طاقة زائدة باستمرار، ويتمتع بقسط وافر من الحيوية والنشاط.

٧- رياضي ويحب الجري ويمشي مبكرا.

٨- خالي نسبيا من الاضطرابات العصبية.

٩- متقدم قليلا في نمو عظامه.

١٠- عيوب حسية أقل من العاديين.

ومن الدراسات التي أثبتت تفوق الموهوبين في خصائصهم الجسمية عن العاديين دراسة تيرمان ودراسة آرون ودراسة جالجر.

٣- الخصائص الاجتماعية:

يمتاز الموهوب بالسمات والخصائص الاجتماعية التالية:

١- يشعر بالحرية ويعشقها، ويقاوم الضغوط الاجتماعية وتدخل الآخرين في شؤونه.

٢- يبادر للعمل وعنده استعداد لبذل الجهد، ويقدم العون للآخرين، ويمكن الاعتماد عليه.

٣- يحب النشاط الثقافي والاجتماعي ويشارك في أغلب نشاطات البيئة، ويميل إلى حضور الحفلات والمناسبات العامة.

٤- قادر على كسب الأصدقاء، ويميل لمصاحبة الأكبر عمرا منه، ويفضل صداقة الموهوب على العادي.

٥- يتمتع بسمات مقبولة اجتماعيا، ويميل إلى مجاراة الناس ومجاملتهم، ويفضل الأشياء والسلوك المقبول اجتماعيا.

٦- يطمح للوظائف العالية ويعتز بنفسه ويثق بها، وعنده حيوية واعتداد كبير بالنفس، ويحب السيطرة والاستقلالية.

٧- يملك القدرة على نقد ذاته والإحساس بعيوبه، ويتقبل الاقتراحات والنقد من الآخرين دون أن تثبط عزيمته.

٨- يبادر في اقتراح حلول للمواقف المشكلة، وقد يتسم سلوكه في بعض الأحيان بالتحدي وعدم الخضوع للأوامر.

٩- يفضل الألعاب المعقدة والأنشطة التي تحتاج إلى التحدي وأعمال التفكير.

١٠- تفاعله الاجتماعي واسع وشامل لأنه سرعان ما يندمج في الجماعات الكبرى، فيشعر بأنه جزء متمم للجماعة رغم عدم مسايرتها أحيانا.

٤- الخصائص الوجدانية (الانفعالية):

١- يتمتع بمستوى من التكيف والصحة النفسية بدرجة تفوق أقرانه.

٢- يتوافق بسهولة مع التغيرات المختلفة والمواقف الجديدة.

٣- يعاني من بعض أشكال سوء التكيف والجنوح والإحباط أحيانا نتيجة نقص الفرص المتاحة في المدرسة لمتابعة اهتماماته الخاصة.

٤- يتحلى بدرجة عالية من الاتزان الانفعالي ولا يضطرب أمام المشكلات التي تواجهه.

٥- سريع الرضا إذا غضب ولا يميل إلى التحامل والتعصب.

٦- عصبي، منطو، لا يحب اطلاع الآخرين على أفكاره، وتظهر عليه أحلام اليقظة.

٧- يحرص على أن تكون أعماله متقنة، ويتضايق ويتململ من الأنشطة العادية.

٨- إرادته قوية، ولا يحبط بسهولة، ولديه المقدرة على الصبر والتسامح.

شخصية الموهوبين وميولهم:

تشير الدراسات والبحوث التربوية إلى أن الموهوبين أسوياء ويتمتعون في معظمهم بالقوة والصحة والتوافق الاجتماعي، ويكونون مفعمين بروح الصداقة وبالسرعة في الفهم واليقظة، كما يتفوقون على أقرانهم في جميع الصفات سواء أكانت العقلية أو الاجتماعية أو الوجدانية أو الجسمية.

وتعتبر ميول الموهوبين وهواياتهم واهتماماتهم من العوامل التي تسهم في اكتشافهم والتعرف إليهم، وإن كانت الظروف الأسرية والمدرسية لا تتيح أحيانا الفرصة المناسبة لتنمية هذه الميول وتطويرها.

وتشير الدراسات في مجال الميول إلى أن الموهوب يمتاز بما يلي:

١- ميوله خصبة وهواياته متعددة واهتماماته واسعة وفي مجالات كثيرة، فهو يميل للرسم والموسيقى وبعض الهوايات الفنية الأخرى.

٢- يميل إلى المشاركة في المسرحيات والنشاط البدني والكشفي والمعسكرات

والمنافسات والمناظرات.

٣- ميوله القرائية متعددة ومتنوعة.

٤- يبدي اهتماما بكتب الكبار ومجلاتهم.

٥- يفضل الألعاب المعقدة التي تتضمن القواعد والنظم والتي تتطلب التفكير.

٦- كلما ازداد العمر يزداد الفرق بين الموهوب وأقرانه في الميول العقلية، ويزداد الفرق بدرجة أقل في الميول الاجتماعية.

٧- لا يوجد فرق بين الجنسين في الميول العقلية، ولكن تتفوق الإناث على الذكور في كل الأعمار تقريبا في الميول الاجتماعية، بينما يتفوق الذكور على الإناث في الميول المتعلقة بالنشاط الاجتماعي، وتميل البنات الذكيات جدا أكثر من البنات العاديات في ألعاب الصبيان، ويقضين في اللعب وقتا أكثر من البنات العاديات، على العكس من الصبيان الأذكياء الذين يقضون في اللعب وقتا أقل من الصبيان العاديين.

المناهج والبرامج المقدمة للموهوبين:

تقوم مناهج التعليم العام على أساس الاهتمام بالقدرات المتوسطة والعادية، إذ نجد أن فعالية هذه المناهج وما يتبعها من برامج ومفردات تصل إلى أقصى غاياتها، وتحقق أهدافها بالنسبة للطفل العادي، ولكن هذه البرامج غالبا ما تكون أقل فعالية للفئات الخاصة من متخلفين عقليا أو موهوبين.

لذا يتطلب تخطيط برامج تعليمية ملائمة للأطفال الموهوبين وهذا يحتاج إلى الكثير من العمل المضني والتعاون المثمر بين المسؤولين والمدرسين والآباء والمجتمع العام والتلاميذ الموهوبين أنفسهم أيضا، إن الموهوبين كأفراد أو كجماعة، يختلفون عن غيرهم من التلاميذ في القدرة على التعلم بمعدل أسرع وقدرتهم أكبر على التذكر كما أنهم يستطيعون استخدام ما يتعلمونه في التفكير بطريقة أعمق.

لما كان الموهوبون يمثلون نسبة ضئيلة في أي مجتمع مدرسي فإن هذه الحقيقة تفرض الأخذ بعين الاعتبار مجموعة من المظاهر الضرورية في تخطيط المناهج

التعليمية، إن بعض الاعتبارات مثل حجم المجتمع ونوعيته بما في ذلك القيم والاتجاهات السائدة فيه، والمستويات التعليمية العامة، ونوع القيادة السياسية والاجتماعية تؤثر على مقدار الجهد المبذول لتوفير برامج للموهوبين من أفراد هذا المجتمع.

عند تخطيط برنامج تعليمي للأطفال الموهوبين تؤخذ الاعتبارات التالية عادة في الاعتبار وهي:

١- أن تعمل الهيئة الإدارية التعليمية على القيام باختيار لجنة ارشادية من رجال العمل للمشاركة في تخطيط الجوانب المختلفة للبرنامج التعليمي.

٢- عندما يتم تخطيط البرنامج لا بد من شرحه وتفسير وتبيان أهدافه للمجتمع المحلي.

٣- حصر جميع التنظيمات والجمعيات والأنشطة المجتمعية التي يمكن أن تلعب دورا في تحقيق أهداف البرنامج الموضوع.

٤- توضيح الخطط الملائمة لاستغلال جميع المصادر المتوفرة في المجتمع.

٥- بعد أن يبدأ تنفيذ البرنامج يتم تقييم دوري وتقديم تقارير دورية للمجتمع عن التقدم الذي أحرزه البرنامج.

بدون التخطيط الجيد للبرامج التعليمية للموهوبين القائمة على حاجاتهم وميولهم وعلى قدراتهم الخاصة على الأداء، يبقى هؤلاء الأطفال دون أن يواجهوا أي نوع من التحدي لطاقاتهم وإمكانياتهم من خلال البرامج التعليمية أو الخبرات العملية، كما يجب توفير خدمات الإرشاد النفسي والتربوي بما يساعد على نموهم في شتى المجالات بالسرعة التي تتناسب مع إمكانياتهم العقلية والشخصية.

ويسعى برنامج الموهوبين إلى تحقيق الأهداف التالية:

١- تزويد الموهوبين بالإمكانات التي تجعلهم يحققون مستويات عالية من التقدم في التحصيل الأكاديمي.

٢- اكتساب القدرة على التوجيه الذاتي، وذلك بتوفير الحرية والإحساس بالمسؤولية وتدريبهم على التكيف مع الوقت.

٣- تنمية صفات القيادة في الموهوبين مما يشعرهم بالمسؤولية نحو الذات والأسرة والمجتمع.

٤- تنمية الموارد والقدرات التي تمكنهم من تحقيق مستويات عالية من التفكير الإبداعي والابتكار.

٥- اكتساب القدرة على تحمل وجهات النظر المتباينة وتحمل الأفكار المتشعبة والمتعارضة.

٦- تطوير نماذج التفكير التي تساعد على حل المشكلات عن طريق البحث في الحلول البديلة لها قبل اتخاذ أي إجراء تنفيذي لحلها، أي تنمية إمكانات الموهوبين على الاستدلال والاستقراء واتخاذ قرارات مهمة وفعالة.

٧- تطوير طرق التفكير وزيادة البحث العلمي، مما يكون لديهم اتجاهات ايجابية نحو الاستفسار الدائم والتساؤل.

٨- الإعداد لنمط من الحياة الاجتماعية والمهنية التي توفر الرضا والإشباع للموهوبين، وذلك عن طريق استثمار قدراتهم وإمكاناتهم وميولهم نحو مجال أو أكثر من المجالات الوظيفية.

الاستراتيجيات التعليمية المقدمة للموهوبين:

يمكن تصنيف الأساليب التنظيمية الرئيسية لتعليم الأطفال الموهوبين في استراتيجيات عامة هي:

١- الاستراتيجية التي تقوم على الإسراع (Acceleration) في العملية التعليمية وتخطي بعض الصفوف الدراسية:

تشير استراتيجية الإسراع التعليمي إلى ذلك النوع من الخدمات المدرسية الذي يسمح للتلميذ الموهوب بالتقدم بمعدل أسرع مما هو معتاد بالنسبة للتلاميذ العاديين، معنى ذلك أن الطفل الموهوب يستطيع أن ينتهي من مرحلته التعليمية في عمر زمني مبكر، والاعتبار الأساسي في مثل هذه الحالة هو أن يكون الطفل قد حقق نوعا من النضج العقلي بشكل أسرع من الطفل العادي، ومن ثم

يكون قادرا على مواجهة متطلبات التعلم حتى وان لم يكن يستوفي السن القانونية للالتحاق بالمدرسة.

وهناك عدة أساليب لتحقيق التسريع من أهمها:

أ- القبول المبكر أي الالتحاق المبكر برياض الاطفال:

يعني قبول الطفل على أساس عمره العقلي وليس على أساس عمره الزمني اذ أننا اذا تمسكنا بقبول الطفل الموهوب في المرحلة الابتدائية عندما يبلغ السادسة من عمره فإنه يكون قد تخطى السن المناسبة له للالتحاق بالمدرسة الابتدائية، لذلك يجب أن نقبل الطفل الموهوب بالمدرسة الابتدائية عندما يصل عمره العقلي (وليس الزمني) إلى سن السادسة، أي قبوله في سن مبكرة على عمره الزمني، ولقد بينت كثير من الدراسات أن الطفل الموهوب يستطيع الاستمرار في دراسته بل والتفوق فيها دون أي ضرر عليه من حيث تكيفه الاجتماعي والانفعالي ودرجة تقبله بين زملائه، ويترتب على القبول في عمر زمني مبكر وصول الطالب المتفوق إلى المرحلتين الثانوية والجامعية في عمر مبكر، ولقد أشارت البحوث التي تمت في الولايات المتحدة الأميركية على أن الطلبة الذين التحقوا بالجامعة في سن مبكرة حققوا الامتياز في دراستهم، كما كان تكيفهم الاجتماعي والشخصي افضل من زملائهم.

ب- تخطي الصفوف:

يقوم هذا الأسلوب على السماح للطفل المتفوق بتخطي صف واحد خلال المرحلة الدراسية الواحدة، وقد أيد تيرمان هذا الأسلوب حيث كان حوالي ٨٥٪ من أفراد العينة التي اختارها للدراسة قد تخطوا سنة دراسية واحدة على الاقل خلال المرحلة الابتدائية، كما وجد أن حوالي ٤٣٪ من الأولاد و ٥٥٪ من البنات قد تخطوا بعض الصفوف في المرحلة الثانوية، وتخرجوا من الجامعة قبل زملائهم العاديين بحوالي سنة مقارنة بمتوسط سن الخريجين في ولاية كاليفورنيا.

جـ- ضغط الصفوف في المرحلة الواحدة أي اجتياز مرحلة دراسية في مدة زمنية أقل:

ويقصد بذلك اختصار المدة الزمنية التي يقضيها الطفل الموهوب في مرحلة دراسية ما، مقارنة مع المدة التي يقضيها الطفل العادي في تلك المرحلة، مثلا، يمكن

للطفل الموهوب أن يجتاز المرحلة الابتدائية في أربع سنوات بدلا من ست سنوات اذا استطاع أن ينجح في الامتحانات العامة لتلك المرحلة وهو في مستوى الصف الرابع، أو اذا استطاع أن يدرس مناهج صفية دراسية في سنة دراسية واحدة، وقد يكون نظام الساعات المعتمدة في بعض الجامعات مثلا على ذلك، إذ يستطيع الطالب الموهوب أن يدرس عددا من الساعات في الفصل الدراسي الواحد يفوق عدد الساعات التي يدرسها الطالب العادي، ويعني ذلك اجتياز الطالب الموهوب للدراسة الجامعية الأولى في سنتين ونصف أو ثلاث سنوات بدلا من أربع أو خمس سنوات كما هو الحال لدى الطالب العادي.

وفيما يلي ايجابيات وسلبيات هذا الأسلوب :

الايجابيات:

١- يسمح للطلبة بالتقدم وفقا لقدراتهم.

٢- يمكن تعديله بحيث يمكن من خلاله تطبيق كلا الأسلوبين التسريع والإثراء، وبهذه الطريقة يسمح للطالب أن يدرس مساقات إضافية أو يدرس مساق معين بعمق أكثر.

٣- يساهم في إضفاء الحيوية على المناخ التعليمي بحيث يمكن من خلاله مواجهة المشكلات السلوكية مثل الملل الذي من المتوقع أن يحدث للطلبة المتفوقين في الصفوف العادية نتيجة لانتظار الزملاء الذين دون المستوى العادي من حيث التحصيل لكي يتعلموا.

٤- تتيح للطلبة فرصة إكمال تعليمهم بوقت أقصر والبدء بحياتهم العملية في سن مبكرة.

السلبيات:

١- ربما يفقد المتفوقون والموهوبون بعض المبادئ والأساسيات الضرورية للتعلم نتيجة لعدم الانتظام في التسلسل الهرمي لتحصيل المعارف، وبالتالي يؤدي هذا إلى صعوبة في الدراسات اللاحقة.

٢- قد يكون التقدم الأكاديمي للموهوبين والمتفوقين عقليا جيدا ولكن على حساب النضج الانفعالي والاجتماعي وبالتالي معظم الأطفال الذين تبلغ أعمارهم العاشرة أو الحادية عشرة سيواجهون صعوبة في التكيف تجاه المشكلات الاجتماعية والضغوطات التي يمكن أن تواجههم في المدرسة الثانوية وبعبارة أخرى سيكون لديهم مجموعة قليلة من أقرانهم تسمح لهم بالتفاعل الاجتماعي.

٢- استراتيجية الإثراء التعليمي (Enrichment) الذي يتم في نطاق الفصل الدراسي العادي

يقصد بالإثراء أو الإغناء للبرنامج التربوي أو التعليمي، تزويد الطفل الموهوب أيا كانت المرحلة التعليمية بنوع جديد من الخبرات التعليمية، تعمل على زيادة خبرته في البرنامج التعليمي، بحيث تختلف تلك الخبرات عن الخبرات المقدمة للطفل العادي في الصف العادي، ويقسم الإثراء إلى نوعين:

أ- الإثراء الأفقي.

ب- الإثراء العمودي.

ويقصد بالإثراء الأفقي، تزويد الموهوب بخبرات غنية في عدد من الموضوعات المدرسية في حين يقصد بالإثراء العمودي، تزويد الموهوب بخبرات غنية في موضوع ما من الموضوعات المدرسية.

ويذكر الصحاف ١٩٨٢م أن هناك بعض الأنشطة التي يمارسها الموهوب حتى تساعده على تنمية مهاراته العقلية ومواهبه بكفاءة، وأهم هذه الأنشطة ما يلي:

١- الربط بين المفاهيم المختلفة.

٢- تقديم الحقائق عن طريق الانخراط في مناقشات نقدية.

٣- ابتكار أفكار جديدة.

٤- استخدام أسلوب حل المشكلات.

٥- فهم المواقف المعقدة.

أما هلهان وكوفمان ١٩٨١م وكيرك ١٩٧٢م وآخرون فيذكرون الأساليب التالية لعملية الإثراء:

١- الزيارات الميدانية للمعامل والمختبرات والمصانع والمؤسسات التعليمية.

٢- الأساتذة الزائرون في حقول العلم المختلفة.

٣- المجموعات الدراسية في مادة ما أو عدد من المواد الدراسية.

٤- المشاركة في المخيمات ، الندوات، الجمعيات العلمية، نوادي الهوايات.

٥- استخدام طريقة المشروعات في التحصيل الأكاديمي.

٦- استخدام طريقة البحث العلمي في التحصيل الأكاديمي.

٧- استخدام الطريقة التجريبية في التحصيل الأكاديمي (كالمختبرات والزيارات الميدانية والتجارب الحسية المباشرة).

٨- دراسة مواد أعلى في مستواها الأكاديمي من العمر الزمني للموهوب.

٩- استخدام الحاسوب في تعليم الموهوبين.

١٠- الدراسة المستقلة الحرة، حيث يدرس الطالب مادة ما لرغبته في تلك المادة بغض النظر عن مكانة تلك المادة في البرنامج التعليمي.

وفيما يلي إيجابيات وسلبيات هذا الأسلوب :

الايجابيات:

١- يساعد هذا الأسلوب الطالب على التخصص في المجال الذي يحظى باهتمامه.

٢- يهيء للمتفوقين فرصا لمواجهة المشكلات التي تنطوي على إثارة التحدي والبحث بعمق.

٣- يتيح للطالب فرصة الحصول على درجة أعلى من الدرجة المطلوبة للتخصص في مجال معين.

٤- يمتاز بقلة التكاليف نسبيا مقارنة بالأساليب الأخرى لأنه لا يحتاج إلى نفقات إضافية في ميزانية المدرسة.

٥- يسمح للطالب بالبقاء مع أقرانه من نفس الفئة العمرية في إطار المدرسة العادية مما يحقق له نموا نفسيا اجتماعيا سليما.

٦- يشجع المتفوق عقليا والموهوب على تطوير ذاته.

٧- يؤدي إلى تنافس المعلمين من حيث تطوير أساليب تعليمية جيدة مما يؤدي إلى تجديد العملية التعليمية.

السلبيات:

١- إن معظم المعلمين ليس لديهم المعرفة أو المهارة لتجهيز الخبرات الإثرائية اللازمة للأطفال المتفوقين في صفوفهم التي تضم ما بين ٣٠-٤٠ طالبا.

٢- يحتاج إلى إدخال تعديلات جذرية على طرق إعداد المعلم وتحديد عدد طلبة الصف الواحد، وتحضير مواد تعليمية إضافية.

٣- استراتيجية المجموعات الخاصة أو مجموعات القدرات (التجميع) أو العزل الجزئي (Grouping):

لقد ثار كثير من الجدل حول أفضل هذه النظم تربويا وعلميا وفلسفيا، هل هو نظام المدارس الخاص، ام نظام الصفوف الخاص، أم تجمعهم في جماعات خاصة (صفوف بعض الوقت)؟ أم غير ذلك من دورات ما بعد الدوام، النوادي أم جماعات الميول؟

لقد جندت كثير من الدراسات ونتائجها هذه النظم كما في دراسات كارول التي أثبتت أن الجماعة المتجانسة تساعد على تجنب الميل إلى الغرور والكبرياء عند الموهوبين.

كما بينت دراسة ويتي أن التحصيل الدراسي للأطفال الموهوبين في الصفوف العادية كان أقل مما ينتظر ممن هم في مثل ذكائهم وقدراتهم.

ويمكن تصنيف التجميع في ثلاثة أنواع هي:

أ- تجميع عن طريق إنشاء صفوف خاصة بالموهوبين.

وغالبا ما تنشىء هذه الصفوف ضمن المدارس العادية، ولذلك فهي تتبع نفس المنهاج مع إثرائها بحيث تصبح أكثر عمقا، ويشترط للقبول في هذه الصفوف حصول الطفل على نسبة ذكاء لا تقل عن ١٢٥، وقد كان الغرض من إنشاء هذه الصفوف تقديم برامج دراسية تناسب الموهوبين من حيث إثرائها وعمقها، وكان التلاميذ

يصنفون حسب مستوياتهم من صف لآخر.

ومن أمثلة هذه الصفوف تلك الصفوف التي انشئت في نيويورك في المدارس الابتدائية والمتوسطة، ويبدأ العمل في الصفوف الخاصة ابتداء من الصف الثاني أو الثالث الابتدائي، واذا كان عدد الطلبة الموهوبين قليلا في المدرسة يمكن تحويلهم إلى مدرسة أخرى مجاورة تستطيع استيعابهم.

وعندما ينهي طلبة المدرسة الابتدائية هذه المرحلة ينقلون إلى مدرسة متوسطة بها صفوف خاصة للموهوبين، ويتم قبول الطلبة الموهوبين بصفة أولية على أساس نسبة ذكاء لا تقل عن ١٢٥ في اختبار ذكاء جمعي، وبعد قبولهم يتم تطبيق اختبارات ذكاء فردية عليهم وهناك شروط أخرى للقبول ترتكز على الخصائص الجسمية، والانفعالية والاجتماعية، ويمكن قبول الطالب في أي عمر خلال سنوات دراسته، إلا أنه يفضل القبول المبكر.

ب- التجميع عن طريق انشاء مدارس خاصة بالموهوبين:

يقوم هذا النظام على أساس تجميع الموهوبين في مدرسة واحدة ويرى أصحاب هذا الاتجاه أن مثل هذا النظام من عيّن من إعداد البرامج التربوية المناسبة لهذه الفئة في نظام واحد، وفضلا عن أنه يمكن من اختزال الموهوبين لعدد من سنوات الدراسة.

انشئت أول مدرسة خاصة للموهوبين بالولايات المتحدة الأمريكية عام ١٩٠١م، إلا أن عدد المدارس الخاصة بالموهوبين ليس كبيرا، وأشهر هذه المدارس مدرسة هنتر الابتدائية للموهوبين وهي تابعة لكلية هنتر، ويشترط في المتقدم إلى هذه المدرسة أن يكون قد حصل على نسبة ذكاء لا تقل عن ١٣٠، ومدرسة هنتر تجريبية تقدم برامجها على نفس الأسس التي تقوم عليها مناهج مدارس نيويورك مع إثرائها بما يناسب الطلبة الموهوبين.

جـ- التجميع عن طريق العزل الجزئي (الصفوف الخاصة بالموهوبين):

في هذا النوع يدرس الطلبة الموهوبين مع زملائهم في الصفوف العادية، إلا

أنه يتم تجميعهم خلال فترة محدودة من اليوم الدراسي حيث يقدم لهم تعليم خاص ونظرا لأن الجمع في هذا النوع ليس كاملا يطلق عليه العزل الجزئي، وقد طبق النظام في مدينة بتسبرج (ولاية بنسلفانيا) حيث طبقت خطة عام ١٩٥٨م، وتتضمن هذه الخطة إنشاء صفوف خاصة تجمع ساعات معينة من اليوم المدرسي في المدرسة الابتدائية ويشترط في الأطفال الموهوبين في هذه المدارس ألا تقل نسبة ذكائهم عن ١٣٠، وكان اليوم الدراسي للطلبة الموهوبين يبدأ عادة بالدراسة مع زملائهم في الصفوف العادية، ثم ينتقلون بعد ذلك في وسط اليوم إلى الصفوف الخاصة بهم، وكان التركيز في هذه الصفوف على التفكير النقدي والتفكير التحليلي.

وفيما يلي إيجابيات وسلبيات هذا الأسلوب :

أ- أسلوب التجميع :

الايجابيات:

١- يهيء للطلبة الموهوبين والمتفوقين عقليا فرصا للتفاعل مع طلبة من نفس الاهتمامات والميول والقدرات.

٢- يساعد على تلبية احتياجات الطلبة الموهوبين والمتفوقين عقليا مقارنة بالوضع الذي يقوم به المعلم بالتدريس داخل الغرفة الصفية.

٣- يزود الطلبة المتفوقين برؤية أفضل لقدراتهم الفعلية وذلك من خلال مواجهتهم للتحديات التي تنطوي عليها الممارسات المختلفة والأنشطة المقدمة لهم.

٤- تشير نتائج البحوث والدراسات أن دعم الطلبة الموهوبين والمتفوقين عقليا لبعضهم البعض يكون أكبر عندما يعملون معا.

السلبيات:

١- تؤدي هذه الصفوف إلى تطوير شعور بالاستعلاء والتفوق والامتياز وحب الذات.

٢- لا توفر هذه الصفوف بيئة واقعية لإعداد الطلبة الموهوبين المتفوقين للحياة العادية.

٣- يؤدي هذا الأسلوب إلى أن تكون توقعات الطلبة وتصوراتهم خارج نطاق

حياتهم العادية.

٤- افتقار الصفوف العادية لنشاط وحيوية الطلبة الموهوبين.

٥- يعتقد بعض التربويين بأن مدارس الموهوبين تكلفهم كثيرا من الناحية الاقتصادية فتكلفتها أعلى من أي نمط من أنماط البرامج الأخرى.

ب- أسلوب العزل الجزئي:

الايجابيات:

١- يساهم هذا الأسلوب في منح الطلبة الموهوبين والمتفوقين عقليا فرصة أكبر من الحرية لتشجيع إبداعيتهم والاكتشاف لديهم.

٢- يوفر التعليم الملائم لكل طالب وبالتالي يمكن من خلاله تحقيق مبدأ مراعاة الفروق الفردية.

٣- يشير الأدب التربوي المتعلق بهذا الأسلوب إلى أن هذا الأسلوب يساعد الطلبة المتفوقين والموهوبين على تنمية قدراتهم الابتكارية.

السلبيات:

١- يحتاج إلى هيئة تدريسية إضافية.

٢- قد يواجه المدير صعوبة في تنظيم الجدول الأسبوعي للدروس.

٣- تحتاج الموضوعات الدراسية الأقل اهتماما بالنسبة للطلبة الموهوبين والمتفوقين عقليا إلى معالجة وانتباه من قبل المعلمين.

٤- يتصف هذا الأسلوب بصعوبة من حيث تطبيق أساليب التقييم المختلفة.

٤- استراتيجية تفريد التعليم:

وهو عبارة عن برنامج يصمم عادة لتلبية حاجات الطلبة المتفوقين عقليا والموهوبين الذين يظهرون قدرة على الدراسة الذاتية، ويكون عادة تحت إشراف معلم أو مشرف تربوي أو عدد من الأشخاص المرجعيين الذين لديهم معرفة ومهارة معينة في التعامل مع المتفوقين والموهوبين، وتكون الأنشطة المقدمة عادة من خلال

النوادي المدرسية أو البرامج الصيفية بحيث يتم تنفذيها ضمن إطار المدرسة أو الجامعة، وفيما يلي ايجابيات وسلبيات هذا الأسلوب:

الايجابيات:

١- يهيء للطالب فرصة دراسة موضوع معين بعمق يكون عادة من اهتماماته.

٢- يشجع الطالب الموهوب والمتفوق عقليا على العمل بطريقة تلائم قدراته فضلا عن أنها تعمل على زيادة مهارات الطالب البحثية.

السلبيات:

١- لا يناسب بعض الطلبة المتفوقين والموهوبين وخاصة أولئك الذين يفضلون العمل باستقلالية وليس تحت إشراف معين.

٢- يناسب فقط فئة الطلبة الأكبر عمرا القادرين على الاستفادة من التسهيلات المتنوعة داخل المدرسة وخارجها.

٣- يتصف هذا الأسلوب بصعوبة التقييم وخاصة فيما يتعلق بالأخذ بأساليب التقييم المختلفة واختيار الملائم منها.

الاتجاهات العامة في تربية الموهوبين :

تباينت الاتجاهات العامة في تربية الموهوبين تبعا لاختلاف الفلسفات الاجتماعية وتغيرها من مجتمع إلى آخر، وفي اختلاف نظرتها إلى الهدف العام من تربية الموهوبين، فقد ظهرت في بعض المجتمعات مدارس خاصة بالموهوبين، في حين نادت بعض المجتمعات بدمج الموهوبين في المدارس العادية، ويمكن تلخيص الاتجاهات العامة في تربية الموهوبين في ثلاثة اتجاهات، وهي :

الاتجاه الأول : وهو الاتجاه الذي ينادي بدمج الموهوبين مع الطلبة العاديين في المدارس العادية. وتبدو مبررات الاتجاه الأول في ما يلي :

١- المحافظة على التوزيع الطبيعي للقدرات العقلية في الصف العادي، حيث يمثل ذلك التوزيع ثلاث مستويات على الأقل من الطلبة في الصف العادي، وهي المستوى المتفوق، والمستوى العادي، والمستوى الذي يقل عن العادي.

٢- المحافظة على التفاعل الاجتماعي في الصف العادي، بين ثلاثة مستويات من القدرة العقلية وما يولده ذلك التفاعل الاجتماعي من فرص تنافسية.

الاتجاه الثاني : وهو الاتجاه الذي ينادي بفصل الطلبة الموهوبين عن الطلبة العاديين ووضعهم في مدارس خاصة بهم.

أما مبررات الاتجاه الثاني فإنها تبدو في ما يلي :

١- إعداد الكفاءات والكوادر المتخصصة في المجالات الاقتصادية والعلمية والاجتماعية.

٢- إعداد القيادات الفكرية والعلمية والاقتصادية والاجتماعية ... الخ.

٣- توفير فرص الإبداع العلمي للطلبة الموهوبين في المجالات المختلفة.

الاتجاه الثالث : وهو الاتجاه الذي ينادي بدمج الطلبة الموهوبين في المدارس العادية ولكن في صفوف خاصة بهم.

أما مبررات الاتجاه الثالث فتبدو في ما يلي :

١- المحافظة على التفاعل الاجتماعي بين مستويات الطلبة العقلية الثلاثة في المدرسة العادية، وما يولده ذلك التفاعل من فرص تنافسية حقيقية بين الطلبة في المجالات المختلفة.

٢- إعداد القيادات الفكرية والعلمية، والاقتصادية، والاجتماعية ... الخ.

٣- إعداد الكفاءات العلمية المتخصصة في المجالات المختلفة.

٤- توفير فرص الإبداع العلمي للطلبة الموهوبين في المجالات المختلفة.

وقد ظهرت بعض التطبيقات العلمية للاتجاه الثاني والاتجاه الثالث، حين يعتبر الاتجاه الأول هو الاتجاه السائد في معظم دول العالم، وتبدو تطبيقات الاتجاه الثاني في فتح المدارس الخاصة بالموهوبين، وعلى سبيل المثال أنشئت أول مدرسة بموهوبين في الدول العربية في جمهورية مصر العربية في عام ١٩٥٤/١٩٥٥، وكانت نسبة الإقبال على مدرسة الموهوبين ما بين ٤٢٪-٦٠٪ من عدد الطلبة الموهوبين، حيث تنص لائحة القبول بمدرسة الموهوبين على قبول خمسة من الأوائل في امتحان الشهادة الإعدادية من كل منطقة، وقد استقبلت المدرسة في عامها الأول ٦١

طالبا بالصف الأول الثانوي وزاد عدد طلبة مدرسة الموهوبين تدريجيا، وكان الغرض من إنشاء هذه المدرسة هو إعداد الموهوبين ورعايتهم لتولي مسؤولية القيام بمهمات البناء على المستقبل لدولة تسعى لبناء نفسها على أسس علمية، وذلك بالكشف عن ميول الطلبة واستعداداتهم، ومن ثم تدريبهم في التفكير والبحث العلمي والابتكار والتجديد والاختراع.

أما مناهج مدرسة الموهوبين، فتضم مناهج المدرسة العادية مضافا إليها مناهج للمستوى الرفيع في بعض المواد الدراسية، كما تتبع طرائق التدريس القائمة على البحث والتجربة والإطلاع الخارجي والزيارات العلمية والرحلات والمشاهدات والتطبيق العلمي للقوانين والحقائق النظرية والاعتماد على الوسائل السمعية والبصرية، وقد ابتكرت طرائق تدريس تناسب كل مادة بعينها من المواد الدراسية سواء أكانت اللغة الإنجليزية أو المجتمع العربي، أو اللغة العربية، والرياضيات، واللغة الألمانية، كذلك الحال في المواد الإضافية والتي شملت اللغة الإنجليزية والرياضيات والفيزياء والكيمياء والتاريخ الطبيعي والدراسات الإنسانية.

وقد عمدت وزارة التربية في جمهورية مصر العربية على اختيار أحسن الكفاءات التدريسية لتلك المدرسة، كما وفرت فرص الرعاية العلمية والنفسية والتربوية والاجتماعية للموهوبين، أما عن النتائج التي حققتها المدرسة، فقد تخرج منها في العام الدراسي ١٩٦٩/٦٨، ٦٨٤ طالبا التحقوا بكليات الهندسة والطب، والكليات الفنية والعسكرية، والصيدلة، والعلوم، والزراعة، كما عمل ٩٠٪ من خريجي المدرسة كمعيدين أو باحثين في مراكز البحوث العلمية أو في الكليات التي تخرجوا منها.

وقد ظهرت في الولايات المتحدة الأميركية بعض المدارس الخاصة بالموهوبين، حيث يدرس الطلبة في هذه المدارس بطريقة مستقلة، فقد ظهرت مدارس أخرى في ولاية كليفلاند وكذلك في مدينة نيويورك، أما في ما يتعلق بالصفوف الخاصة أو البرامج الخاصة للموهوبين والملحقة بالمدرسة العادية، فقد ظهرت بعض النماذج من تلك الصفوف أو البرامج، ومن أبرزها البرامج التالية:

١- برنامج التفكير المنتج :

وقد صمم هذا البرنامج لتلاميذ الصفين الخامس السادس الابتدائي وذلك بهدف تنمية التفكير الإبداعي لدى الطلبة، بطريقة التعلم الذاتي، ويتألف البرنامج عن ١٥ درسا يتضمن كل منها الكشف عن لغز أو عن حدث ما ، حيث يطلب من التلاميذ معرفة ذلك اللغز.

٢- برنامج بيرود لتنمية التفكير الإبداعي :

وقد صمم هذا البرنامج لتلاميذ المرحلة الابتدائية في الصف الثالث والرابع والخامس الابتدائي وذلك بهدف تنمية التفكير الإبداعي لدى الطلبة، ويتألف هذا البرنامج من ٢٨ درسا مسجلة على أشرطة سمعية (كاسيت) مع تمارين مطبوعة مرافقة لها، وقد أثبت هذا البرنامج فاعليته في تنمية التفكير الإبداعي، لذا انتشر هذا البرنامج في معظم الولايات المتحدة الأميركية.

٣- برنامج بارنز :

صمم هذا البرنامج لتنمية التفكير الإبداع لدى الطلبة، في مدينة بافلو في ولاية نيويورك وذلك بإثارة الأفكار المختلفة الجماعية حول موضوع ما ، وقد أشارت الدراسات التقويمية لهذا البرنامج إلى قيمته وفاعليته في تنمية التفكير الإبداعي.

٤- برنامج مايرز- تورانس :

وقد صمم هذا البرنامج لتنمية التفكير الإبداعي لدى طلبة المرحلة الابتدائية، ويتضمن البرنامج عدداً من الأسئلة والتمارين التي تنمي التفكير الإبداعي لدى الطلبة، وقد أشارت الدراسات التقويمية لهذا البرنامج إلى قيمته وفاعليته في تنمية التفكير الإبداعي.

٥- برنامج كاتينا :

صمم هذا البرنامج لتنمية التفكير الإبداعي، للأطفال والبالغين، ويتضمن هذا البرنامج عدة صور لأدوات وبرامج تدريب على التفكير الإبداعي، وقد أشارت الدراسات التقويمية لهذا البرنامج إلى فاعليته في تنمية التفكير الإبداعي.

٦- برنامج أكرون المدرسي الاستكشافي :

وقد صمم هـذا البرنـامج لتنمية التفكير الإبداعي لـدى طلبة المـدارس، ويتضمـن البرنـامج (١٢) رزمة تعليمية في العلـوم والرياضيـات، وفي كـل منـهـا مشكلات يطلب البحث عن حلـول لهـا مـن قبل الطلبـة وفـق أسلوب البحـث والاستقصاء، وقد أشارت الدراسات التقويمية لهـذا البرنـامج إلى فاعليتـه في تنمية التفكير الإبداعي حل المشكلات العلمية والرياضية.

وفي الأردن ظهر ما يسمى بالبرنامج الريادي للمتفوقـين والموهوبـين (١٩٨٤)، حيث يعتبر هذا الأنموذج موازيا للاتجاه الثالث في تربيـة الموهوبـين وهـو اتجـاه فتـح الصفوف الخاصة للموهوبـين والملحقـة بالمدرسـة العاديـة، ويسـاعد هـذا البرنـامج الطلبة في إثراء معلوماتهم الأساسية في اللغـات والرياضيـات والعلـوم، مـن جهـة، ويغذي من جهة أخرى أنشطتهم الإبداعية وينمي شخصياتهم وقدراتهم القيادية.

وقد استقبل المركز الريـادي أول مجموعـة في العـام الدراسـي ١٩٨٥/٨٤ حيـث تكونت تلك المجموعة من ٩٠ طالبا وطالبة ممـن انـهوا المرحلـة الإعدادية، وفي عـام ١٩٨٥ انضم ٩٠ طالبا وطالبة إلى البرنامج، وأصبح عدد الطلبة في العام ٨٧/٨٦ حـوالي ٢٧٠ طالبا وطالبة ويقبل الطلبة في هذا البرنـامج وفـق أسـس تنافسية تـأخذ بعـين الاعتبار معدلات الطلبة في امتحان الشهادة الإعدادية، ووفق نتائجهم على اختبارات الاستعداد التحصيلي، ويتضمن البرنامج المدرسي تسعة حصـص أسبوعية تغطـي مواد اللغة الإنجليزية والرياضيات واللغة العربية والعلوم والحاسوب، كمـا يتضمـن البرنامج المدرسي عددا من الأنشطـة منـها الموسيقى، والنشـاط الإبداعـي، والفـن، والطباعة، والرياضـة ، والحاسـوب، أمـا عـن طرائـق التدريـس المستخدمة في هـذا البرنامج فهي المحـاضرات، والرحـلات، والزيـارات الميدانيـة، والأسـاتذة الزائـرون، والتدريب العلمي.

كذلك هناك مدرسة اليوبيل للموهوبين.

الفصل الثالث

الإعاقة العقلية

- مفهوم الإعاقة العقلية.
- إنتشار التخلف العقلي.
- أسباب الإعاقة العقلية.
- تصنيف الإعاقة العقلية.
- الخصائص السلوكية والتعليمية للمعوقين عقليا.
- قياس وتشخيص المعاقين عقليا.
- استراتيجيات تربية وتعليم المتخلفين عقليا القابلين للتعليم.
- مناهج المعوقين عقليا.



الفصل الثالث

الإعاقة العقلية

Mental Impairment

مقدمة:

لم تعد التربية في عصرنا الحاضر مقتصرة على العاديين من بني البشر، ولم يعد التعليم موجها لذوي القدرات العقلية المتوسطة والعالية منهم كما كان الحال في الماضي، وإنما أصبحت الجهود التربوية والتعليمية تستهدف جميع الناشئة بغض النظر عن مستوياتهم العقلية وقدراتهم الاستيعابية، وذلك انطلاقا من الإيمان بجملة من المبادئ الإنسانية السامية التي أقرتها مواثيق حقوق الإنسان كالمساواة وتكافؤ الفرص وحق كل إنسان في أن ينال نصيبه من التربية والتعليم في الحدود التي تسمح بها قدراته وطاقاته، وعليه فلم يعد ينظر إلى الإعاقة العقلية على أنها وصمة عار، بل أصبح ينظر إلى المعاقين عقليا على أنهم أفرادا يستحقون بذل المزيد من العناية والاهتمام في تربيتهم وتعليمهم، حتى يتسنى لهم امتلاك القدرة على التكيف مع مطالب الحياة، وشق طريقهم فيها في الحدود التي تسمح بها قدراتهم وطاقاتهم.

مفهوم الإعاقة العقلية (التخلف العقلي):

التخلف العقلي عبارة عن تأخر أو بطء في تطور الطفل العقلي، بحيث يتعلم الطفل الأشياء ببطء أكثر من الأطفال الذين هم في مثل سنه، وقد يتأخر الطفل في التحرك والابتسام والاهتمام بالأشياء واستعمال يديه والجلوس والمشي والكلام والفهم، أو انه يطور بعض هذه المهارات ويكون بطيئا في تطوير بعضها الأخر.

وتشير المراجع إلى عدد من التعريفات للتخلف العقلي من وجهات نظر مختلفة فقد عرف تريد جولد (Tredgold) التخلف العقلي من وجهة نظر

الصلاحية الاجتماعية بأنه حالة عدم اكتمال النمو العقلي إلى درجة تجعل الفرد عاجزا عن مواءمة نفسه مع بيئة الأفراد العاديين بصورة تجعله دائما بحاجة إلى رعاية وإشراف ودعم، والمقصود بالصلاحية الاجتماعية هي قدرة الفرد على إنشاء علاقات اجتماعية فعالة مع غيره من الأفراد كمظهر من مظاهر نموه الاجتماعي الذي يتمشى إلى حد كبير مع نمو الفرد الجسمي والعقلي والعاطفي، ويبدو أن تريد جولد يشير إلى أن المظهر الأساسي لعدم اكتمال النمو العقلي للفرد إنما هو عجزه عن أن يتلاءم أو يتكيف مع بيئته الاجتماعية، وأن يتفاعل مع الأفراد العاديين بشكل يستدعي أن يكون هذا الفرد دائما بحاجة إلى إشراف ورعاية وحماية من قبل الأفراد العاديين أو الأسوياء.

أما دول (Dool, 1945) فيعرف التخلف من وجهة نظر نفسية اجتماعية تعريفا شاملا محددا محاولا التغلب على العيوب التي يقع بها تعريف تريد-جولد في استخدامه الصلاحية الاجتماعية كمحك للتعرف على التخلف العقلي، واستطاع دول أن يحدد ما يقصده بالصلاحية الاجتماعية، كما استطاع وضع مقياس للنضج الاجتماعي وبهذا نجد أن دول قد تمكن من وضع تعريف للتخلف العقلي قائم على أساس الصلاحية الاجتماعية كما قدم وسيلة للتعرف على هذه الصلاحية بشكل أكثر تحديدا وشمولا مما قدمه تريد جولد، يعرف دول التخلف العقلي فيقول أن الفرد المتخلف عقليا إنما هو الشخص الذي تتوفر فيه الشروط التالية:

١- عدم الكفاءة الاجتماعية بشكل يجعل الفرد غير قادر على التكيف الاجتماعي بالإضافة إلى عدم الكفاءة المهنية وعدم القدرة على تدبير أموره الشخصية.
٢- أنه دون مستوى الفرد العادي من الناحية العقلية.
٣- أن تخلفه العقلي قد بدأ إما منذ الولادة أو في سنوات عمره المبكرة.
٤- أنه سيكون متخلفا عقليا عند بلوغه مرحلة النضج.
٥- يعود تخلفه العقلي إلى عوامل تكوينية إما وراثية أو نتيجة مرض ما.
٦- إن حالته غير قابلة للشفاء.

وبهذا نجد دول يضع تحديدا واضحا وشاملا للتخلف العقلي يشترط فيه أن

تتوفر هذه الشروط الستة حتى يمكن تشخيص الحالة على أنها تخلف عقلي، وبهذا تكون أكثر دقة وتحديدا من تريد-جولد ذلك أنه جعل الشرط الثاني للتخلف أن يكون صاحب الحالة أقل من العاديين من الناحية العقلية، فإن لم يكن كذلك فإنه ليس عند دول متخلف حتى وإن كان عاجزا عن التكيف الاجتماعي، في حين أن مثل هذا الفرد يعتبر متخلفا في مفهوم تريد-جولد.

- أما تعريف هبر (Heber, 1961) الذي تبنته الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي ومؤداه أن التخلف العقلي يشير إلى مستوى الأداء الوظيفي الفعلي الذي يقل عن المتوسط والذي يظهر في مرحلة النمو مرتبطا بخلل في واحدة أو أكثر من الوظائف التالية:

١- النضج.

٢- التعلم.

٣- التكيف الاجتماعي.

- ويذكر سميث (Smith, 1971) أن الجمعية الأميركية للتخلف العقلي قد حاولت توضيح هذا التعريف عن طريق النقاط الأساسية التي جاءت فيه وذلك على الشكل التالي:

١- أقل من المتوسط:

يعني أن علامة الفرد في اختبار للذكاء بالمقارنة مع أبناء عمره لا تتعدى المثين السادس عشر، بمعنى أن هذا الفرد سيكون من بين فئة ١٦٪ الدنيا من أبناء عمره في أدائه العقلي.

٢- الأداء الوظيفي:

تشير إلى أن الفرد قد خضع إلى عملية تقييم عن طريق أداء أو اختبار تتمتع بقدر كاف من الشمول بحيث يغطي ما أمكن من الخصائص العقلية التي يمكن قياسها.

٣- مرحلة النمو:

ويقصد بها المرحلة التي تمتد منذ بداية الإخصاب حتى سن السادس عشرة.

٤- النضج:

ويشير إلى المعدل أو الدرجة التي تنمو اليها المهارات الأساسية التي ترتبط بشكل عام بمرحلة الحضانة والطفولة المبكرة ويكون التأكيد هنا على مهارات من مثل الحبو والمشي والكلام والتحكم بعمليات الإخراج والأكل، ومشاركة الآخرين من نفس العمر بمستوى مقبول.

٥- التعلم:

يشير إلى قدرة الفرد على الحصول على المعرفة والاستفادة من خلال الخبرة.

٦- التكيف الاجتماعي:

يشير إلى قدرة الفرد على ممارسة الاستقلالية في المحافظة على الذات في البيئة المحلية والعمل، وخلال السنوات المدرسية الأولى فإن مصطلح التكيف الاجتماعي إنما يشير إلى قدرة الفرد على التعامل مع زملائه من الطلبة والوالدين وغيرهم ممن يمثلون السلطة والأطفال الأصغر سنا.

إذن يشير تعريف هيبر إلى أن:

الإعاقة العقلية تمثل مستوى الأداء الوظيفي العقلي الذي يقل عن المتوسط للذكاء بانحراف معياري واحد ويصاحبه خلل في السلوك التكيفي، ويظهر في مراحل العمر النمائية منذ الميلاد وحتى سن ١٦، ولكن في عام ١٩٧٣م ونتيجة للانتقادات التي تعرض لها تعريف هيبر والتي خلاصتها أن الدرجة التي تمثل نسبة الذكاء الحد الفاصل بين الأفراد العاديين أو الأفراد المعوقين عقليا عالية جدا الأمر الذي يترتب عليه زيادة نسبة الأفراد المعوقين في المجتمع لتصبح ١٦٪، وعلى ذلك تمت مراجعة تعريف هيبر من قبل جروسمان في عام ١٩٧٣م وظهر تعريف جديد للإعاقة العقلية ويشير التعريف الجديد إلى ما يلي:

«تمثل الإعاقة العقلية مستوى من الأداء الوظيفي العقلي والذي يقل عن متوسط الذكاء بانحرافين معياريين، ويصاحب ذلك خلل في السلوك التكيفي، ويظهر ذلك في مراحل العمر النمائية منذ الميلاد وحتى سن ١٨».

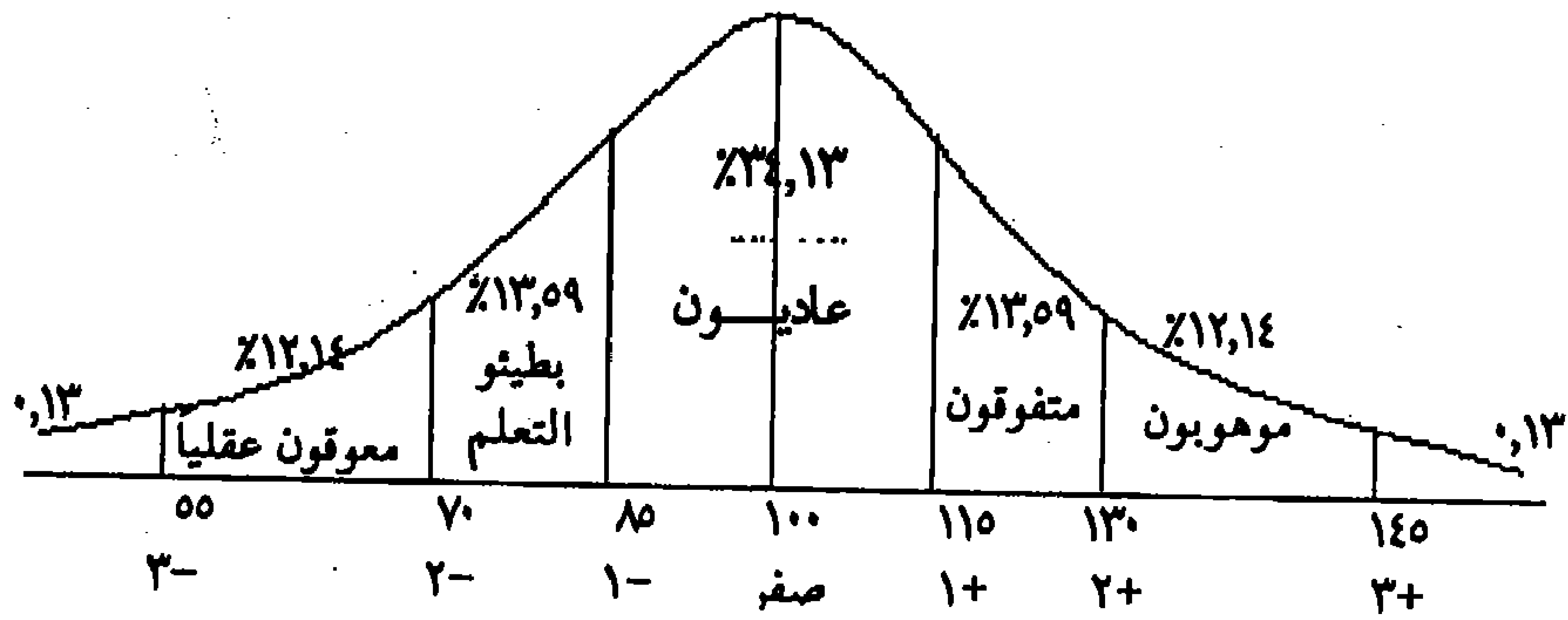
وتبدو الفروق واضحة بين تعريف هيبر في عام ١٩٥٩م، وتعريف جروسمان في عام ١٩٧٣م ويمكن تلخيص تلك الفروق في النقاط الرئيسية التالية:

١- كانت الدرجة (نسبة الذكاء) التي تمثل الحد الفاصل بين الأفراد العاديين، والأفراد المعوقين حسب تعريف هيبر ٨٥ أو ٨٤ على مقياس وكسلر أو مقياس ستانفورد بينيه، في حين أصبحت الدرجة (نسبة الذكاء) التي تمثل الحد الفاصل بين الأفراد العاديين، والمعوقين حسب تعريف جروسمان ٧٠ أو ٦٩ على نفس المقاييس السابقة.

٢- تعتبر نسبة الأفراد المعوقين عقليا في المجتمع حسب تعريف هيبر ١٥,٨٦٪ في حين تعتبر نسبة الأفراد المعوقين عقليا في المجتمع حسب تعريف جروسمان ٢,٢٧٪.

٣- كان سقف العمر النمائي حسب تعريف هيبر هو سن ١٦ سنة، في حين أصبح سقف العمر النمائي حسب تعريف جروسمان هو سن ١٨سنة.

ويوضح منحنى التوزيع الطبيعي أو منحنى التوزيع الاعتدالي توزيع نسبة الذكاء في المجتمع والتي تفسر الفروق في تعريف الإعاقة العقلية لدى كل من هيبر وجروسمان.



منحنى التوزيع الطبيعي (منحنى غوس)

ويعتبر تعريف جروسمان ١٩٧٣م من أكثر التعاريف قبولا في أوساط التربية الخاصة وقد تبنت الجمعية الأمريكية هذا التعريف منذ عام ١٩٧٣م وحتى الوقت الحاضر.

انتشار التخلف العقلي:

مشكلة التخلف العقلي تعاني منها كل المجتمعات سواء كانت متقدمة أم نامية ام بدائية، فالتخلف العقلي حالة يمكن أن توجد لعدد كبير من الأسباب، لذا تتفاوت النسب من مجتمع لآخر وذلك لاختلاف المعايير التي تستخدم للتعرف على التخلف العقلي وكذلك لاختلاف العينات التي تجري عليها الدراسة، إذن قد تزيد نسبة الانتشار من مجتمع لآخر وقد تنقص في مجتمعات أخرى تبعا لعدد من العوامل أهمها:

١- معيار نسبة الذكاء المستخدم في تعريف الإعاقة العقلية، فإذا استخدم المعيار الوارد في تعريف هيبر للإعاقة العقلية (أقل من انحراف معياري واحد عن المتوسط) فإن نسبة الإعاقة العقلية في المجتمع هي ١٥٫٨٦٪، في حين إذا استخدم المعيار الوارد في تعريف جروسمان للإعاقة العقلية (أقل بانحرافين معياريين عن المتوسط فإن نسبة الإعاقة العقلية في المجتمع هي ٢٫٢٧٪).

٢- معيار العمر المستخدم في تعريف الإعاقة العقلية، فإذا ما استخدم معيار العمر والذي ظهر في تعريف هيبر للإعاقة العقلية، فإن سقف العمر النمائي لدى هيبر هو سن ١٦ سنة، في حين أنه لدى جروسمان هو ١٨سنة، ويعني ذلك أن حالة الإعاقة العقلية تظهر لدى الفرد في فترة العمر النمائية منذ الميلاد وحتى سن ١٨سنة، وبما أن نسبة الأفراد في المجتمع والذين يشكلون الأطفال والشباب يساوي تقريبا حوالي ٥٠٪ من ذلك المجتمع، فإن ذلك يعني انخفاض نسبة الإعاقة العقلية من ٢٫٢٧٪ تقريبا إلى حوالي ١٫٥٪ تقريبا من مجموع السكان في مجتمع ما.

٣- معيار السلوك التكيفي المستخدم في تعريف الإعاقة العقلية، (ويشير السلوك التكيفي إلى قدرة الفرد على الأداء في مجالات المسؤولية الاجتماعية والكفاءة الذاتية بالنسبة للتوقعات من مجموعات السن والثقافة والإطار الاجتماعي التي ينتمي إليها الطفل، ولما كانت هذه التوقعات تختلف بالنسبة لمجموعات العمر المختلفة، فإن أشكال التطور في السلوك التكيفي تختلف باختلاف الأعمار). ويقصد بمعيار السلوك التكيفي أن الفرد المعوق عقليا هو الفرد الذي تقل نسبة ذكاءه عن ٧٥ وفي الوقت نفسه يعاني من خلل واضح على مقاييس السلوك

التكيفي، ويعني ذلك انه إذا أضفنا الدرجة على مقياس السلوك التكيفي إلى المعايير التي تقرر نسبة المعوقين عقليا فإن ذلك سوف يؤدي إلى تقليل نسبة الإعاقة العقلية في المجتمع من ٢,٢٧٪ إلى ١٪.

٤- العوامل الصحية والثقافية والاجتماعية: تعمل العوامل المرتبطة بالوعي الصحي والثقافي والمستوى الاجتماعي على زيادة أو خفض نسبة الإعاقة العقلية في المجتمع، وتجمع الدراسات في هذا الموضوع إلى العلاقة العكسية بين زيادة الوعي الصحي والثقافي والاجتماعي وقلة نسبة المعوقين عقليا في المجتمع والعكس صحيح.

وبشكل عام فإن نسبة حالات الإعاقة العقلية في المجتمع تشكل ٣٪.

العوامل المسببة للإعاقة العقلية:

هناك عوامل كثيرة يمكن أن تسبب الإعاقة العقلية، منها عوامل معروفة، ويمكن تحديدها طبيا وهناك عوامل أخرى ليس من السهل تحديدها وليس من السهل أن نضع إصبعنا عليها ونقول: هذا هو سبب الإعاقة.

غير أن هذه العوامل المسببة للإعاقة العقلية، سواء المعروفة منها بصورة مؤكدة، أو غير المعروفة بصورة مؤكدة، تندرج تحت ثلاثة عناوين بارزة هي: الوراثة، البيئة، أو مزيج من العوامل الوراثية والبيئية معا. وكل حالة من حالات الإعاقة العقلية لا بد أن تندرج تحت أحد العناوين الثلاثة السابقة، وإن كان يصعب على الباحثين والأطباء في بعض الحالات أن يقولوا بالضبط إن كانت العوامل المسببة للإعاقة العقلية في هذه الحالات هي عوامل وراثية أم بيئية أم هي مزيج من هذه العوامل وتلك.

وكما هو معروف، فإن الإعاقة العقلية أو التخلف العقلي يصنف إلى درجات وذلك حسب شدة الإعاقة، فهناك حالات بسيطة الإعاقة، وحالات متوسطة الإعاقة وهناك الحالات الشديدة والشديدة جدا، ولحسن الحظ فإن الغالبية العظمى من المعوقين عقليا هم من ذوي الإعاقات البسيطة.

وقد وجد أن الإعاقة العقلية الشديدة والشديدة جدا تنتشر بين الطبقات

الاجتماعية المختلفة في المجتمع (الطبقة العليا والوسطى والدنيا) بصورة متساوية تقريبا في حين أن الإعاقة العقلية البسيطة تنتشر بين أفراد الطبقة الفقيرة أو الطبقة الدنيا في سلم الترتيب الاجتماعي بصورة أكبر من انتشارها بين الطبقات الأخرى في المجتمع.

ولعل من المناسب أن نذكر هنا أن معظم حالات الإعاقة العقلية غير معروفة الأسباب، هي حالات الإعاقة البسيطة التي لا يميزها في العادة أي مظهر إكلينيكي معين والتي يصعب على الباحثين أن يضعوا إصبعهم على عامل واحد محدد ويقولون بثقة هذا هو العامل المسبب للإعاقة. ولعل ارتباط الإعاقة العقلية البسيطة بالطبقات الأكثر فقرا في المجتمع هو الذي جعل العديد من الباحثين والمختصين يربطون ما بين سوء التغذية والحرمان الثقافي والبيئة غير المناسبة بشكل عام وبين الإعاقة العقلية، باعتبار أن العوامل السابق ذكرها هي عوامل ملازمة في العادة للفقر الذي يرتبط بدوره بالجهل والتخلف.

وقد أجريت دراسات عديدة حول تأثير هذه العوامل (سوء التغذية، والحرمان الثقافي والبيئي)، على القدرات العقلية حيث ثبت أن لها تأثيرا سلبيا على هذه القدرات وثبت أيضا أن تحسين تغذية الأطفال في السنوات الأولى من أعمارهم وتوفير البيئات التربوية الأفضل لهم ينعكس ايجابيا على قدراتهم العقلية.

ولعل من المناسب الآن أن نعود للحديث عن العوامل المسببة للإعاقة العقلية على أساس المرحلة الزمنية التي حدثت فيها هذه العوامل، وهكذا فإن من الممكن أن نشير إلى المراحل الثلاث التالية:

١- مرحلة ما قبل الولادة.

٢- مرحلة فترة الولادة.

٣- مرحلة ما بعد الولادة.

١- العوامل المسببة للإعاقة العقلية في مرحلة ما قبل الولادة:

يمكن تقسيم العوامل المسببة للإعاقة العقلية في مرحلة ما قبل الولادة إلى

قسمين أو إلى مجموعتين من العوامل وذلك كما يلي:

أ- العوامل الجينية.

ب- العوامل غير الجينية.

أ- العوامل الجينية

يمكن أن نشير هنا إلى عاملين قد يتسببان في إحداث حالة الإعاقة العقلية لدى المولود.

العامل الأول هو الوراثة: وفي هذه الحالة تنتقل الإعاقة أو الحالة التي قد تسبب الإعاقة عن طريق أحد الجينات (وخاصة الجينات المتنحية) وفي أغلب الحالات ينبغي أن يكون هذا الجين الضار موجودا في كلا الوالدين حتى يمكن للمولود أن يصاب بمثل هذه الحالة.

وكما هو معروف فإن صفات الفرد كالطول ولون الشعر ولون العينين وشكل الأنف وغير ذلك من آلاف الصفات الأخرى تحددها الجينات التي تحملها الكروموسومات الموجودة في نواة الخلية البشرية.

والعائلات المختلفة تتوارث في العادة جينات معينة وتنقلها من الأجداد والأباء إلى الأبناء وأبناء الأبناء ومن هنا فإن زواج الأقارب يساهم في توفير كل الظروف المناسبة لتوارث هذه الجينات الضارة وظهورها في الأبناء أكثر بكثير مما هو عليه الحال في حال الزواج من خارج العائلة.

وفيما يلي نستعرض بعض الحالات المرضية الشائعة والناتجة عن مثل هذه الجينات الضارة:

- حالة الحامض الفينيلكتونوري ((Phenylketonuria (PKU)

وقد اكتشف هذه الحالة طبيب نرويجي يدعى (Asbjorn Foling) في عام ١٩٣٤م، عندما كان يقوم بإجراء بعض الفحوص الروتينية على طفلين من المعاقين عقليا، حيث وجد أن لون البول عندهما يتغير إلى اللون الأخضر بدلا من اللون الأحمر البني المعتاد عندما كان يضيف اليه محول (Ferric Chloride).

وهذه الحالة عبارة عن اضطراب في التمثيل الغذائي ناتج عـن فقـدان انزيـم يدعى (Phenylalanine Hydroxylase) يفرزه الكبد، ويساعد هذا الأنزيـم علـى أكسدة الحامض الاميني المسمى (Phenylalanine) الموجود في البروتين الموجـود في المصادر الغذائية مثل الحليب وتحويله إلى (Tyrosine).

ويسبب من فقدان الأنزيم المشار إليه سابقا فإن حامض (Phenylalanine) غير المؤكسد يتجمع في الدم والأنسجة الأخرى بنسـبة مرتفعـة، مما يـؤدي إلى آثـار سامة بالنسبة للخلايا العصبية في الدماغ.

والطفل المصاب بهذه الحالة (PKU) قد يبـدو طبيعيـا عنـد الـولادة، ولكـن استمرار تناول الطفل للطعام المحتوي على حامض (Phenylalanine) مـع العجـز عن تحليلها وأكسدتها يؤدي إلى تراكمها في دم الطفـل مما يـؤدي بـدوره إلى اتـلاف متزايد لخلايا الدماغ.

ومن الناحية الطبية فقد أصبح من الممكن اكتشاف هذه الحالة عند الطفل في الأيام والأسابيع الأولى من عمره عن طريـق مجموعـة فحوصـات تجرى علـى الـدم والبول، وفي حالة الكشف عن حالة الـ (PKU) في سـن مبكـرة مـن حيـاة الطفـل الرضيع، فإن من الممكن علاج هذه الحالة عن طريق وضع الطفل في سن مبكرة (في الأشهر الأولى من عمره، ويستحسن قبل الشـهر الثـالث مـن العمـر) تحت نظـام غذائي بديل تكون فيه نسبة الـ (Phenylalanine) الموجودة في طعام الطفل محدودة جدا، وهذا يستدعي الاستغناء عن حليب الأم وعن الأنـواع الأخـرى الشائعـة مـن الحليب واستبدالها بحليب خاص يدعى (Lofenalac) وهـو مركـب بطريقـة تكـون فيها نسبة (Phenylalanine) فيه منخفضة إلى أقصى حد.

أما بالنسبة لأعراض حالة الـ (PKU) فإنه على الرغم من أن هناك عددا من الحالات القليلة لأشخاص مصابين بحالـة الـ (PKU) الذيـن احتفظـوا بمظـهرهم العادي وبنسبة ذكاء عادية بشكل عام حتى بدون أن يخضعوا للعلاج، إلا أن الغالبيـة العظمى من المصابين بهذه الحالة، إذا لم يخضوا للعلاج المبكر والدقيـق فـإن الإعاقـة العقلية الشديدة هي النتيجة المرتقبة لهذه الحالة ويقدم بعـض البـاحثين وصفـا لمثـل

هذه الحالات بالقول إن: «ذكاء كثير من هذه الحالات هو أقل من ٥٠ درجة وإن حوالي ثلث هذه الحالات لا تتمكن من المشي أو ضبط الإفرازات، وإن حوالي الثلثين لا يستطيعون الكلام، وأكثر من ذلك فمن الممكن تمييز هؤلاء المصابين بحالة الـ(PKU) من خلال سلوكهم البغيض (Unpleasant) من بين أقرانهم في نفس المستوى العقلي».

أو كما يصفهم باحثين آخرين فإنه: «لا أحد منهم يمكن وصفه بأنه سعيد أو هادئ، أو يميل للصداقة».

وبغض النظر عن الحالات التي يكون فيها المصاب عاجزا كليا أو طريح الفراش، فإن حالات الـ (PKU) تتميز عادة بكثرة الحركة وأنهم يظهرون سلوكا شاذا ومفاجئا أو غير متوقع وافراطا في الحركات الاهتزازية وصرير أو طحن الأسنان بعضها مع بعض والتلويح بالأيدي وسلوكا عاما بدون هدف محدد وهو ما يقود أحيانا إلى تشخيص خاطئ للحالة واعتبارها حالة من حالات فصام الطفولة المبكر.

أما من الناحية الجسمية، فإن أهم ما يميز حالات الـ (PKU) التي لم تخضع للعلاج هو لون الشعر الأشقر، والعيون الزرقاء، ولون البشرة الفاتحة مقارنة مع لون بشرة الأفراد الآخرين في أسرة المصاب، وكذلك تنتشر بين الكثير منهم النوبات المرضية (Seizures) وهذه إجمالا أعراض تظهر متأخرة نسبيا في حالات الـ (PKU) أما الأعراض المرضية الأولى التي تبرز مبكرا فهي التقيؤ والأكزيما أو مرض النملة وهو مرض جلدي (حساسية جلدية) ورائحة البول الكريهة.

من ناحية أخرى تنتشر بين المصابين بحالة الـ (PKU) في كثير من الأحوال حالة صغر حجم الرأس (Microcephaly) وأحيانا حالة كبر حجم الرأس (Macrocephaly).

- حالة الكلاكتوسيميا (Galactosemia) :

وهي أيضا إحدى الحالات الناتجة عن جين متنحي يتصادف وجوده في كلا الوالدين وحدوث هذه الحالة أكثر ندرة من حدوث الحالة السابقة (PKU) وكثيرا ما يموت الأطفال حديثوا الولادة المصابين بهذه الحالة مبكرا في فترة الرضاعة أو

يصابون بالتخلف العقلي إذا استمروا على قيد الحياة بدون علاج.

وترجع هذه الحالة إلى قصور في عملية تمثيل الكربوهيدرات، ويعود هذا القصور إلى فقدان انزيم معين يساعد في تحول مادة الجلاكتوز (السكر الموجود في الحليب) وأكسدتها تمهيدا لدخول هذه المادة في عملية توليد الطاقة في الخلية.

ولما كانت مادة الجلاكتوز هي من المواد الأساسية الموجودة في الحليب العادي فإن تغذية الطفل الرضيع بالحليب المعتاد سيؤدي إلى نتائج خطيرة بالنسبة لهذا الطفل الرضيع، ومن هذه النتائج إصابته باليرقان (وهذا يحدث عادة بعد يومين أو ثلاثة أيام من بدء تناوله للحليب العادي)، وتضخم الكبد وفقدان الوزن نتيجة القيء وفيما بعد يمكن أن يصاب هذا الطفل بالتخلف العقلي واعتام في عدسة العين.

وتعزى هذه الأعراض عادة إلى تجمع وتركيز بعض المواد الكيميائية في داخل الخلايا وفي السوائل الموجودة في الجسم.

وعلاج مثل هذه الحالة يقتضي وضع الطفل تحت نظام غذائي يخلو من الجلاكتوز والاستعاضة عن الحليب المعتاد ببديل له مثل حليب الصويا (Soya Bean Milk) وغيره.

هناك حالات أخرى كثيرة تنتج عن هذه الجينات الضارة ويكون لعامل الوراثة الدور الرئيسي في إصابة الأبناء بها، ومن هذه الحالات حالة القصاع (Cretinism) حيث تشير دلائل متعددة إلى أن بعض حالات القصاع تنتج بسبب من جين متنح يؤدي بدوره إلى خلل كيميائي فيما يتعلق بتركيب والانتفاع من هرمون الغدة الدرقية وهذا بدوره يؤدي إلى هذه الحالة التي تتميز بالقزامة المصحوبة بالإعاقة العقلية.

وإذا ما أعطي المصاب بهذه الحالة في سن مبكرة مستخلص الغدة الدرقية فإن ذلك يؤدي عادة إلى تحسن ملموس في النمو الجسمي للمصاب ولكن فيما يتعلق بالنمو العقلي فإنه يختلف ما بين حالة وأخرى.

وهناك حالة أخرى تسمى (Microcephaly) وترجمتها الحرفية تعني صغر

حجم الرأس وأسباب هذه الحالة كثيرة، فتعرض الأم الحامل للإصابة بالحصبة الألمانية أو التعرض للأشعة قد يؤدي إلى إصابة الجنين بهذه الحالة وكذلك فقد وجد أن كثيرا من الحالات المصابة بحالة الـ (PKU) تكون مصاحبة أيضا بصغر حجم الرأس (Microcephaly)، وقد أشارت بعض الدلائل إلى أن بعض حالات صغر حجم الرأس (المرتبط بالإعاقة العقلية) هي حالات موروثة وتنتج عن جينات متنحية.

بالإضافة إلى الحالات الناتجة عن جينات ضارة متنحية هناك بعض الحالات النادرة التي تنتج فيها الإعاقة عن جينات ضارة سائدة ومن أمثلة الحالات التي تنتج عن مثل هذا الجين السائد هي حالة الـ (Epiloia) وهي حالة يتميز المصابون بها بالتخلف العقلي من الدرجة الشديدة عادة (ولكن أحيانا قد يكون المصاب بهذه الحالة غير متخلف عقليا) ويرافق هذه الحالة أيضا الصرع الذي قد يكون أول علامات الإصابة بهذه الحالة، وتبدأ نوبات الصرع في مثل هذه الحالة في خلال السنة الأولى من عمر المصاب.

العامل الثاني الذي يمكن مناقشته تحت عنوان العوامل الجينية هو الخلل الذي قد يحدث عند انقسام الخلية الجنسية أو أحد الانقسامات المبكرة للبويضة الملقحة والذي قد يؤدي بدوره إلى خلل في انقسام الكروموسومات.

في حديثنا السابق، تحدثنا عن العوامل الجينية بشقيها سواء تلك الناتجة عن العوامل الوراثية ام تلك الناتجة عن الخلل الذي يمكن أن يحدث عند انقسام الكروموسومات في الخلية الجنسية أو أحد الانقسامات المبكرة في البويضة الملقحة.

ويهمنا الآن قبل أن ننتقل للحديث عن العوامل البيئية في مرحلة ما قبل الولادة أن نتحدث عن بعض جوانب الوقاية المتعلقة بالعوامل الجينية التي انتهينا من مناقشتها قبل قليل.

وقبل البدء يهمنا أن نشير إلى أنه من الصعب جدا إن لم يكن من المستحيل أن يكون للوقاية في هذا الجانب بالذات فعالية مائة بالمائة في منع احتمالات الإصابة بالإعاقة، غير أنه بالإمكان تقليل احتمالات الإصابة إلى حد كبير وهذا ما نهدف إليه عمليا.

في موضوع الوقاية هنا من الضروري الإشارة إلى النقاط التالية:

- الابتعاد عن زواج الأقارب وخاصة من الدرجة الاولى وذلك لأن زواج الأقارب يزيد من احتمال توارث الصفات الضارة ومن ضمنها الإعاقة العقلية.
- الكشف الطبي الشامل على المقبلين على الزواج.
- الكشف الطبي على النساء الحوامل وفحص السائل الأمنيوسي (Amniocentesis) للأمهات المتقدمات في السن أو اللواتي سبق وأنجبن أطفالا معاقين عقليا، والعائلات التي بها أمراض جينية وراثية أو إذا كان أحد الأبوين به جينات غير طبيعية.
- الكشف المبكر عن المواليد الجدد وخاصة في الحالات التي سبق فيها ولادة أطفال مصابين بالإعاقة أو بأي أعراض مرضية أخرى لدى عائلة الطفل.

ب- العوامل غير الجينية

وتشمل هذه العوامل مجموعة واسعة من الأسباب التي قد تؤثر في الجنين فتؤدي إلى إصابته بالإعاقة العقلية، ويبدأ تأثير هذه العوامل في العادة من لحظة الإخصاب وحتى لحظة الولادة وفيما يلي عرض لأبرز العوامل التي قد تؤثر على الجنين في مرحلة ما قبل الولادة.

١- الأشعة (Radiation).

٢- الحصبة الألمانية ((Rubela (German Measles).

وتؤثر الحصبة الألمانية تأثيرا سيئا على الجنين في حالة إصابته إذ أنها من الممكن أن تؤدي إلى فقدان السمع والبصر، وإلى إصابة القلب بأضرار وكذلك تلف الدماغ المرتبط بأنواع من التشوهات الخلقية من مثل صغر حجم الرأس (Microcepaly) والالتهاب السحائي الدماغي واستسقاء الدماغ (Hydrocephaly) ويرتبط ذلك كله بالتخلف العقلي.

٣- الزهري الولادي (Congenital Syphilis).

٤- اختلاف العامل الريزيسي في دم الوالدين (Rh Blood Incompatibility).

٥- تعاطي العقاقير والأدوية أثناء الحمل (Drug Ingestion).

٦- الأدمان على الكحول.

٧- الأمراض المزمنة عند الام (Chronic Maternal Illness) مثل ضغط الدم والسكري ومرض الكلى.

٨- الولادة قبل الأوان (Prematurity).

٩- قصر أو طول فترة الحمل.

١٠- الولادة المتكررة والاجهاض المتكرر.

١١- الحمى الصفراء.

١٢- السل.

١٣- اضطرابات افرازات الغدد.

١٤- ا نخفاض الأكسجين.

١٥- الإجهاد العاطفي (Emotional Stress)

١٦- عوامل أخرى تؤثر في فترة الحمل.

هناك عوامل أخرى عديدة من الممكن أن تلعب دورا في أثناء فترة الحمل، مثل سوء التغذية بالنسبة للأم الحامل وفقر الدم، ونقص اليود وحوادث التسمم التي قد تتعرض لها الأم أو الحوادث الأخرى، كل ذلك قد يكون له دور مؤثر في نمو الجنين وتعريضه بالتالي لاحتمل إصابته بالإعاقة العقلية.

٢- عوامل تحدث أثناء عملية الولادة:

تفيد الدراسات أن هناك علاقة بين التلف العقلي وبين الولادة المبتسرة بمعنى أن حالات الضعف العقلي يكثر ترددها بين الأطفال الذين ولدوا قبل إتمام الفترة الطبيعية، ويعتبر اختناق الطفل لحظة الولادة بسبب انقطاع الأوكسجين عنه من الأسباب التي تؤدي إلى إصابة المخ.

وقد تحدث أثناء عملية الولادة بعض التعقيدات والتي قد تؤدي إلى حدوث جروح في دماغ الطفل أو إلى نزيف داخلي، وقد يمكن أن تؤدي أخطاء في عملية الولادة إلى تورم الغشاء الخارجي للمخ وامتلاؤه بالدم بسبب النزيف الداخلي به.

ولا شك أن كل هذه العوامل تشير إلى أهمية الولادة في المستشفى وتحت

الإشراف الطبي المناسب، حيث يمكن تقديم الاسعاف والتدخل المناسب في اللحظات الحرجة، ولعل أهمية الولادة في داخل المستشفى تتزايد لدى النساء اللواتي يحملن للمرة الأولى أو من يعانين من مضاعفات أو تعقيدات خاصة في الحمل.

٣- عوامل ما بعد الولادة:

يتعرض بعض الأطفال عقب الولادة، أو في خلال الطفولة المبكرة إلى بعض الأمراض أو الحوادث التي قد تؤدي إلى التسمم أو الاختناق ونحو ذلك من الأشياء التي تؤثر على نمو الدماغ وقد تسبب التخلف العقلي، فالبكتريا التي تسبب الالتهابات السحائية أو تصيب الغشاء الذي يغلف المخ أو الحبل الشوكي مثل بكتيريا الانفلونزا أو الالتهاب الرئوي أو نحو ذلك، كثيرا ما تسبب اضطرابات في الأجهزة العصبية المتصلة بالمخ.

ومن غير الواضح تماما فيما إذا كان نقص التغذية يؤدي إلى التخلف العقلي أم لا، ولكن تشير بعض الدراسات إلى أن نقص التغذية في مرحلة الطفولة المبكرة، قد يؤدي إلى تأثير سيء على القدرات العقلية، في حين أن الأطفال الأكبر سنا قد يستطيعون تحمل نقص التغذية بشكل عام دون تأثير كبير على قدراتهم العقلية.

بالإضافة إلى ما سبق، فإن الحرمان الثقافي والظروف البيئية غير المناسبة قد تلعب دورا سلبيا في نمو وتطور ذكاء الأطفال كما ذكرنا سابقا، يضاف إلى ذلك أنه قد لوحظ أن الأطفال غير المرغوب فيهم أو الأطفال المنبوذين أو الأيتام قد يتعرضون أكثر من غيرهم للحرمان من المؤثرات البيئية والاجتماعية المناسبة مما قد يؤثر بدوره سلبيا على مستوى تطور قدراتهم العقلية.

تصنيف الإعاقة العقلية:

أولاً: التنصيف على أساس الأسباب ويشمل:

أ- الضعف العقلي الأولي ويضم الحالات التي يرجع الضعف العقلي فيها إلى عوامل وراثية مثل أخطاء الجينات والصفات (الكروموزمات) ويحدث في حوالي ٨٠٪ من حالات الضعف العقلي العائلي.

ب- الضعف العقلي الثانوي ويضم الحالات التي يرجع الضعف العقلي فيها

لعوامل بيئية تؤدي إلى إصابة الجهاز العصبي في أي مرحلة من مراحل النمو بعد عملية الاخصاب، ويحدث ذلك في حوالي ٢٠٪ من حالات الضعف العقلي ومن أمثلة ذلك حالات استسقاء الدماغ وحالات القصاع.

ثانيا: التصنيف على أساس نسبة الذكاء (استنادا إلى اختبارات قياس الذكاء) ويشمل:

١- الإعاقة العقلية البسيطة وتتراوح نسبة ذكاء هذه الفئة ما بين ٥٠-٧٠ درجة كما يتراوح العمر العقلي لأفرادها في حده الأقصى بين ٧-١٠ سنوات، ويتميز أفراد هذه الفئة من الناحية العقلية بعدم القدرة على متابعة الدراسة في الفصول العادية مع العلم أنهم قادرون على التعلم ببطء وخاصة إذا وضعوا في مدارس خاصة أو فصول خاصة في المدارس العادية، وقدمت لهم الرعاية الخاصة الفردية في الصفوف العادية، ويمكن لهذه الفئة أن تتعلم القراءة والكتابة والحساب، ولا يتجاوز أفراد هذه الفئة في الغالب المرحلة الابتدائية على تكرر الفشل أثناءها، لذا يطلق عليهم القابلون للتعلم.

٢- الإعاقة العقلية المتوسطة، تتراوح نسبة ذكاء أفراد هذه الفئة من ٢٥-٥٠ درجة كما يتراوح عمرهم العقلي بين ٣-٧ سنوات في حده الأقصى، ويتميز أفرادها من الناحية العقلية بأنهم غير قابلين للتعلم، في حين أنهم قابلين للتدريب على بعض المهارات التي تساعدهم في المحافظة على حياتهم ضد الأخطار حيث يمكن تدريبهم على قطع الشارع بسلام أو تفادي حريق، لذا يطلق عليهم القابلين للتدريب.

٣- الإعاقة العقلية الشديدة يقل نسبة ذكاء أفراد هذه الفئة عن ٢٥ درجة ولا يزيد العمر العقلي لهم على أكثر من ثلاث سنوات، ويتميز أفرادها من الناحية العقلية بعدم القدرة على التعلم والتدريب ويكاد ينعدم لديهم التفكير ولغتهم في الغالب مشوهة.

ثالثا: التصنيف على أساس السلوك التكيفي:

لقد اعتمدت الجمعية الأمريكية للمتخلفين عقليا مقياس السلوك التكيفي وهو مقياس شائع الاستخدام، إضافة إلى عدد آخر من المقاييس التي اعتمدت في

قياس السلوك التكيفي ومنها:

١- مقياس فيلاند للنضج الاجتماعي.

٢- مقياس كين للمهارات الاجتماعية.

٣- مقياس (TMR) للأداء.

وقد اعتمد هذا التصنيف على أساس السلوك التكيفي لما له من أهمية في اعتماده على عوامل التعلم والنضج والتكيف الاجتماعي، إضافة إلى اعتماده على الأسس التي تمت في مقياس الذكاء.

أما الأسباب التي تبرر اعتبار السلوك التكيفي أساسا مهما في تحديد التخلف العقلي بالإضافة إلى نسبة الذكاء ما يلي:

١- عدم وجود اتفاق عام على تعريف الذكاء من جهة ومفهوم الذكاء من جهة أخرى.

٢- عدم وجود اتفاق عام على تحديد العوامل التي تقيسها اختبارات الذكاء.

٣- وجود كثير من العوامل التي تظهر تباينا في درجات الأفراد على أي اختبار من اختبارات الذكاء وهذا ما يسمى بخطأ القياس.

٤- أن اختبارات الذكاء تقيس معدل مستوى القدرات فقط وقد تعجز عن قياس جوانب النمو الاجتماعي والعاطفي مثلا.

٥- عدم وجود اتفاق بين علماء النفس على درجة أو نسبة الذكاء التي يبدأ عندها التخلف.

٦- إمكانية وجود الخطأ في تفسير نتائج اختبارات الذكاء للفرد المتخلف خاصة عندما يحصل الفرد على درجات مرتفعة على بعض المقاييس ودرجة أخرى منخفضة على مقاييس أخرى.

وبالتالي فإن معدل درجات الفرد على أجزاء الاختبار الواحد لا يساعد على فهم التباين في قدراته العقلية ولذلك فإن تقييم المستوى العقلي الوظيفي للفرد يحتاج إلى النظر في نسبة الذكاء والتكيف الاجتماعي معا.

وقد تم تصنيف حالات التخلف العقلي على أساس السلوك التكيفي بما

يتفق والجمعية الأميركية للمتخلفين عقليا والذي يكون على الشكل التالي:

الفئة	نسبة الذكاء
تخلف عقلي بسيط	٥٥-٦٩
تخلف عقلي متوسط	٤٠-٥٤
تخلف عقلي شديد	٣٥-٣٩
تخلف عقلي حاد (اعتمادي)	٢٥ فما دون

رابعا: التصنيف الاكلينيكي (المظهر الخارجي):

يتميز هذا التصنيف في إمكانية التعرف على بعض الحالات في التخلف العقلي من خلال المظهر العام، حيث اعتمد هذا التصنيف على وجود خصائص جسمية تشريحية فسيولوجية إضافة إلى عامل الذكاء، ومن هذه الأنماط الاكلينيكية الطفل المنغولي وحالات القصاع، وحالات الاستسقاء الدماغي، وحالات كبر وصغر الجمجمة.

١- الأطفال المنغوليون:

وقد أطلق هذا الاسم على هؤلاء الأطفال المتخلفين عقليا لمدى التشابه في المظهر الجسمي مع الجنس المنغولي حيث يشبه أفراد هذه الفئة بعضهم البعض بشكل واضح كما لو انهم جميعا ينتمون إلى أسرة واحدة في حين انه لا يوجد شبه بينهم وبين أفراد أسرهم الأسوياء، من خصائصهم المميزة: تشقق اللسان، وحجمه الكبير، صغر حجم الرأس، العينان متجهتان إلى الأعلى ويعلوها جفنين سميكان ويكون الحاجبان كثيفين، أما الأنف فيكون صغيرا وأفطس وتكون اليد عريضة والأصابع مفتوحة ولا توجد بها عقد ولا يستطيعون إطباق أصابعهم.

وفيما يتعلق بالخصائص الانفعالية للمنغوليين فإنهم يتصفون باللطف والمرح وحب التقليد والتعاون والابتسام، ويظهر لديهم حب الموسيقى وميلهم إلى تقليد الآخرين، وأما الأسباب التي قد تؤدي إلى ولادة طفل منغولي العمر لدى الام في فترة الحمل ويسبب إصابة الام أو الاب ببعض الأمراض المعدية مثل السل، والزهري.

٢- القماءة أو القصاع:

هي حالة تنتج في الغالب عن انعدام أو قلة إفراز الغـدة الدرقيـة مما يسـبب تلفا في الدماغ، ويتصف هؤلاء بالقصر المفـرط، وقـد لا يتجـاوز طـول الطفـل ٦٠-٧٠سم في مرحلة المراهقة ١٦-١٨ سنة، أما نسبة الذكاء فقد لا تزيد على ٥٠ درجـة في حدوده العليا، ومن ممـيزات هـذه الحالـة التـأخر في النمـو وخشونـة الشعـر وغلـظ الشفتين وتضخم اللسان وقصر الرقبة وسماكتها، وقصر الأطراف والأصابع وسماكتها وخشونة الصوت وبطء الحركة،أما الأسنان فلا تنمو نموا كاملا وغالبا مـا تسـقط في سن مبكرة، إذن فـهم يتمـيزون بالكسـل، والخمـول والتـأخر في الحركـة ولا يميلـون للتفاعل الاجتماعي مع من يحاول مداعبتهم فلا يظهرون أي نمط من الاستجابة مثل الابتسامة أو الضحك، وقد يظهر على جسمه بعض التجاعيد ويتغير لون جلـده إلى الإصفرار، والتأخر في الكلام.

٣- الاستسقاء الدماغي :

تتميز هذه الحالة بشكل خاص بكبر أو تضخم الرأس وبروز الجبهـة نتيجـة لزيادة السائل المخي الشوكي بشكل غير عادي، ويسبب ضغـط هـذا السـائل علـى الدماغ تلفا وتضخما في الجمجمة، ويظهر ذلك على الطفل في الأسابيع الأولى مـن ولادته، ويتراوح محيط الجمجمة في هذه الحالـة مـا بـين ٥٥-٧٥سـم، ويتوقـف مـدى التخلف العقلي على مقدار التلف الحاصل في أنسجة المخ نتيجـة ضغـط السـائل، وترافق هذه الحالة خصائص معينة يبدو معها رأس المصاب في شكل حبة الكمـثري المقلوبـة وجلـد الـرأس مشـدودا، كمـا ترافقـها اضطرابـات في الحاسـة البصريـة والسمعية والنمو والتوافق الحركي بالإضافة إلى نوبات الصرع التي قد تظـهر عنـد المريض، ويغلب في أسباب هذه الحالة أن تكون نتيجـة العـدوى أثنـاء الحمـل مثـل الزهري والالتهاب السحائي أو عوامل وراثية.

ويكون العلاج عن طريق الجراحة ولكن الأمل ضعيف إلا إذا كان التلـف في الخلايا لم يكن على درجة كبيرة.

٤- كبر حجم الدماغ :

تبدو مظاهر هذه الحالة في كبر حجـم محيـط الجمجمـة مقارنـة مـع المجموعـة

العمرية التي ينتمي إليها، وتتراوح القدرة العقلية لهؤلاء ما بين الإعاقة العقلية المتوسطة والشديدة، وتبدو مظاهر الحالة واضحة منذ الولادة ويعتقد أن أسباب هذه الحالة ترجع إلى عوامل وراثية.

٥- صغر حجم الرأس :

تتميز هذه الحالة بصغر حجم الجمجمة وصغر حجم المخ، ويتخذ الرأس فيها الشكل المخروط ويبدو جلد الرأس مجعدا ، كما تتصف هذه الحالة بضعف في النمو اللغوي وعدم وضوح الكلام وتصاحبها حالات تشنج ونوبات صرع مع زيادة في النشاط الحركي.

وتتراوح القدرة العقلية لهؤلاء ما بين الإعاقة العقلية البسيطة والمتوسطة ويعتقد أن أسباب هذه الحالة نتيجة العدوى والالتهابات السحائية أثناء الحمل أو تعرض الام للأشعة والصدمات الكهربائية بالإضافة إلى احتمال وراثة هذه الحالة نتيجة وجود جين متنح.

٦- حالات إضطراب التمثيل الغذائي : (pku) فقد تم شرحها سابقاً.

خامسا : التصنيف التربوي:

لقد اتجه رجال التربية إلى محاولة وضع تصنيف خاص لهم وقد اتخذوا مدى التخلف العقلي أساسا لتقسيم حالات التخلف العقلي، وقد كانت تقسيماتهم على النحو التالي:

الفئة	نسبة الذكاء
١- بطيء التعلم	٧٥-٩٠
٢- القابلون للتعلم	٥٠-٧٥
٣- القابلون للتدريب	٣٠-٥٠
٤- الطفل غير القابل للتدريب (الاعتمادي)	٣٠- فما دون

١- فئة بطيء التعلم (Slow Learner) :

هو ذلك الطفل الذي تتراوح نسبة ذكاءه ما بين ٧٥-٩٠ درجة، ولا يعتبرها الكثيرون من بين فئات التخلف العقلي بل هي فئة يمكن اعتبارها دون المتوسط في القدرة العقلية، ويتصف هذا الطفل بعدم قدرته على موائمة نفسه مع ما يعطى له من مناهج في المدرسة العادية، ويعود ذلك بسبب ما لديه من قصور في نسبة الذكاء.

٢- فئة القابلين للتعليم (Educable Mentaly Retarded) :

وأطلق على هذه الفئة القابلة للتعلم من قبل المختصين في التربية الخاصة، لما لهم من القدرة على إمكانية الاستفادة من البرامج التعليمية العادية ولكن عملية تقلمهم تكون بطيئة مقارنة مع العاديين ويتصف هؤلاء المتخلفين من هذه الفئة بقدرتهم عند الكبر إمكانية الاستقلال الاقتصادي والاجتماعي، كذلك يحتاج هؤلاء الأشخاص إلى نوع من البرامج الموجهة نحو التوافق للسلوك الاجتماعي المقبول ويحتاجون إلى التوجيه المهني، وتتراوح نسبة ذكائهم ما بين ٥٠-٧٥ أو ٥٥-٧٩ درجة.

٣- فئة القابلين للتدريب (Trainable Mentaly Retarded) :

تتراوح نسبة ذكاء هذه الفئة ما بين ٣٠ أو ٣٥،٥٠ أو ٥٥ درجة، وهم غير قادرين على التعلم في مجال التحصيل الأكاديمي، ولكن بالإمكان إكسابهم بعضا من أساليب الرعاية الذاتية، وتحتاج هذه الفئة إلى الإشراف والمساعدة طوال حياتهم، ويمكن تدريبهم على القيام ببعض الأعمل المنزلية وكذلك تدريبهم على الأعمال البسيطة، ويحتاجون إلى نوع من الرعاية الخاصة بوضعهم في مراكز للرعاية الداخلية، ويظهر التخلف العقلي لدى أفراد هذه الفئة في مراحل مبكرة جدا قد تبدأ في مرحلة الرضاعة أو الطفولة المبكرة يرافقه تخلف في القدرة على المشي والكلام بالإضافة إلى بعض العيوب الجنسية.

٤- فئة غير القابلين للتدريب (الاعتمادي) (The Totally Dependent Child Untrainble)

تقل نسبة ذكائهم عن ٢٥-٣٠ درجة ويعتبر الواحد منهم غير قابل للاستفادة من التعلم أو التدريب وهو يحتاج إلى رعاية وإشراف مستمرين لأنه غير قادر على

الاستمرار بلا مساعدة مباشرة، ويظهر لدى هذه الفئة القصور في التناسق الجسمي والحسي والحركي، ويحتاجون إلى العناية من قبل الأسرة أو المؤسسة من وقت لآخر، وتكون لديهم بعض جوانب النمو اللغوي ولكن بشكل ضعيف جدا.

بالإضافة إلى التصنيفات الخمسة السابقة فإننا نشير إلى عدد من التصنيفات الأخرى نذكرها بإيجاز.

أ- تصنيف الجمعية الوطنية الأميركية للأطفال المتخلفين:

يعتمد التكيف الاجتماعي أساسا للتصنيف وهو يضع المتخلفين في الفئات التالية:

١- الاعتمادي الحدي الهامشي (Marginally Dependent) نسبة الذكاء فيها بين ٥٠- ٧٥ درجة.

٢- الاعتمادي الجزئي(Semi- Dependent) نسبة الذكاء فيها ما بين ٢٥-٥٠ درجة.

٣- الاعتمادي(Dependent) نسبة الذكاء فيها تقل عن ٢٥ درجة.

ب- تصنيف منظمة الصحة العالمية:

تصنف التخلف العقلي على الشكل التالي:

١- التخلف العقلي البسيط (Mild Subnormality) تتراوح نسبة الذكاء ما بين ٥٠-٦٩ درجة.

٢- التخلف العقلي المتوسط (Moderate Subnormality) تتراوح نسبة الذكاء فيه ما بين ٢٠ - ٤٩ درجة.

٣- التخلف العقلي الشديد (Sever Subnormality) تتراوح نسبة الذكاء فيه ما بين ٠-١٩ درجة.

ج- تصنيف الجمعية الأميركية للطب النفسي:

وتصنف التخلف العقلي على الشكل التالي:

١- الضعف العقلي البسيط (Mild Mental Deficiency) تتراوح نسبة الذكاء ما بين ٧٠- ٨٥ درجة.

٢- الضعف العقلي المتوسط (Moderate Mental Deficiency) تتراوح نسبة الذكاء فيه بين ٥٠-٧٠ درجة.

٣- الضعف العقلي الشديد (Sever Mental Deficiency) تتراوح نسبة الذكاء فيه بين صفر - ٥٠ درجة.

الخصائص السلوكية والتعليمية للمعاقين عقليا :

إن التعرف على خصائص النمو عند الأطفال المتخلفين عقليا لأمر هام في إمكانية تزويد المعلم بالمعلومات الهامة عن جوانب النمو في الجوانب الأكاديمية والجسمية، والاجتماعية والانفعالية والعقلية وكذلك في جانب الشخصية، فإن التعرف على هذه الخصائص يساعدنا في إمكانية وضع وتصميم المناهج والبرامج اللازمة لإعداد هؤلاء المتخلفين عقليا، وقد بنيت الخصائص لدى المعوقين عقليا على نتائج الدراسات المقارنة بين الأطفال العاديين والمعوقين عقليا المتماثلين في العمر الزمني، إلا أنه يصعب تعميم هذه الخصائص على كل الأطفال المعاقين عقليا، إذ قد تنطبق هذه الخصائص على طفل ما بينما لا تنطبق على طفل آخر بنفس الدرجة، ومن أهم تلك الخصائص:

أولا: الخصائص الأكاديمية.

إن العلاقة القوية التي يرتبط بها كل من الذكاء وقدرة الفرد على التحصيل يجب أن لا تكون مفاجئة للمعلم عندما يجد الطفل المتخلف عقليا غير قادر على مسايرة بقية الطلبة العاديين في نفس العمر الزمني لهم، وخاصة في عملية تقصيره في جميع جوانب التحصيل وقد يظهر على شكل تأخر دراسي في مهارات القراءة والتعبير والكتابة والاستعداد الحسابي، وقد أشارت دونا بأن هناك علاقة بين فئة المتخلفين عقليا وبين درجة التخلف الأكاديمي، إذن من أكثر الخصائص وضوحا لدى الأطفال المعاقين عقليا النقص الواضح في القدرة على التعلم مقارنة مع الأطفال العاديين المتناظرين في العمر الزمني، كما تشير الدراسات في هذا الصدد إلى النقص

الواضح في قدرة هؤلاء على التعلم من تلقاء أنفسهم مقارنة مع العاديين ومن تلك الدراسات دراسة بني مستر ١٩٧٦م، وديني ١٩٦٤م، وزقلر ١٩٦٤م، والتي يلخصها ماكميلان ١٩٧٧م بقوله أن الفروق بين تعلم كل من الأطفال العاديين والمعوقين عقليا المتماثلين في العمر الزمني فروق في الدرجة والنوع.

أما من ناحية الانتباه فيواجه الأطفال المعاقون عقليا مشكلات واضحة في القدرة على الانتباه والتركيز على المهارات التعليمية إذ تتناسب تلك المشكلات طرديا كلما نقصت درجة الإعاقة العقلية، وعلى ذلك يظهر المعاقون عقليا إعاقة عقلية بسيطة مشكلات أقل في القدرة على الانتباه والتركيز مقارنة مع ذوي الإعاقة العقلية المتوسطة والشديدة، ويلخص ماكميلان الدراسات التي أجراها زيمان وتيرنر وسبتز في هذا المجال كما يلي:

أ- يعاني المعاقون عقليا من نقص واضح في الانتباه والتعلم التميزي بين المثيرات من حيث شكلها ولونها ووضعها، وخاصة لدى فئة الإعاقة العقلية المتوسطة والشديدة.

ب- يعاني المعاقون عقليا وخاصة فئة الإعاقة العقلية المتوسطة والشديدة من فرط الإحباط والشعور بالفشل، لذا يبحث الطفل المعاق عقليا عن فرص النجاح وعلاماته إذ يركز على تعبيرات وجه المعلم أكثر من تركيزه على المهمة المطلوبة منه.

جـ- يعاني المعاقون عقليا من مرحلة استقبال المعلومات في سلم تسلسل عمليات أو مراحل التعلم والتذكر، ولذا من الضروري لمعلم التربية الخاصة العمل على مساعدة الأطفال المعاقين عقليا على استقبال المعلومات بطريقة منظمة وسهلة.

د- يميل الأطفال المعاقون عقليا إلى تجميع الأشياء وتصنيفها بطريقة غير صحيحة، وقد يعود السبب في ذلك إلى الطريقة التي يستقبل فيها المعاقون عقليا تعليمات ترتيب أو تصنيف الاشياء.

أما درجة التذكر فهي ترتبط بدرجة الإعاقة العقلية إذ تزداد درجة التذكر كلما

زادت القدرة العقلية والعكس صحيح، وتعتبر مشكلة التذكر من أكثر المشكلات التعليمية حدة لدى الأطفال المعوقين سواء كان ذلك متعلقا بالأسماء أو الأشكال أو الوحدات وخاصة التذكر قصير المدى ويلخص ماكملان نتائج بعض البحوث على موضوع التذكر ومنها:

١- تقل قدرة المعوق عقليا على التذكر مقارنة مع الطفل الذي يناظره في العمر الزمني ويعود السبب في ذلك إلى ضعف قدرة المعاق عقليا على استعمال وسائل أو استراتيجيات أو وسائط للتذكر كما يقوم بذلك الطفل العادي.

٢- ترتبط درجة التذكر بالطريقة التي تتم بها عملية التعلم فكلما كانت الطريقة أكثر حسية كلما زادت القدرة على التذكر والعكس صحيح.

٣- تتضمن عملية التذكر ثلاث مراحل رئيسية هي: استقبال المعلومات وخزنها ثم استرجاعها، وتبدو مشكلة الطفل المعاق عقليا الرئيسية في مرحلة استقبال المعلومات، وذلك بسبب ضعف الانتباه لديه.

وهناك أيضا مشكلة انتقال أثر التعلم، يعاني الأطفال المعاقون عقليا من نقص واضح في نقل أثر التعلم من موقف إلى آخر، ويعتمد الأمر على درجة الإعاقة، إذ تعتبر خاصية صعوبة نقل آثار التعلم من الخصائص المميزة للطفل المعوق عقليا مقارنة مع الطفل العادي الذي يناظره في العمر الزمني، ويبدو السبب في ذلك في فشل المعوق عقليا في التعرف على أوجه الشبه والاختلاف بين الموقف المتعلم السابق والموقف الجديد وقد لخص ماكملان نتائج الدراسات التي أجريت حول موضوع انتقال أثر التعلم، فأشار إلى الفروق الواضحة بين أطفال مراكز التربية الخاصة النهارية، وأطفال مراكز الإقامة الكاملة من حيث قدرتهم في التعرف إلى الدلائل المناسبة بين الموقف المتعلم السابق، والموقف الجديد اللاحق، كما أشار إلى أن قدرة الطفل المعوق عقليا على نقل التعلم يعتمد على درجة الإعاقة العقلية، وعلى طبيعة المهمة التعليمية ودرجة التشابه بين الموقف السابق واللاحق.

ثانياً: الخصائص اللغوية.

تعتبر الخصائص اللغوية والمشكلات المرتبطة بها مظهرا مميزا للإعاقة العقلية

وعلى ذلك فليس من المستغرب أن تجد أن مستوى الأداء اللغوي للأطفال المعاقين عقليا هو أقل بكثير من مستوى الأداء اللغوي للأطفال العاديين الذين يناظرونهم في العمر الزمني.

وأشارت الدراسات إلى الاختلاف بين العاديين والمعوقين عقليا هو اختلاف في درجة النمو اللغوي ومعدله وقد لاحظ الباحثون تطور النمو اللغوي لدى الأطفال المنغوليين (المعوقين عقليا) لمدة ثلاث سنوات، وتوصلوا إلى أن الاختلاف في تطور النمو بين الأطفال العاديين والمعوقين عقليا هو اختلاف في معدل النمو اللغوي، حيث أن الأطفال المعوقين عقليا ابطأ في نموهم اللغوي مقارنة مع نظرائهم من العاديين.

وقد أشار كريمر (Cromer, 1974) من خلال الاطلاع على الدراسات التي أجريت على تطور اللغة عند الأطفال المتخلفين عقليا وقد كانت على الشكل التالي:

١- الأطفال المعوقين عقليا يتطورون ببطء في النمو اللغوي.

٢- الأطفال المعوقين عقليا يتأخرون في اللغة، مقارنة مع العمر بالنسبة للعاديين.

٣- لديهم الضعف في القدرات المعرفية وذلك مثل ضعف في فترة الذاكرة.

أما دراسة سبرادلن (Spradling, 1968) التي بين فيها أن أكثر المشكلات اللغوية شيوعا لدى المعوقين عقليا هي مشكلات النطق والتأتأة، وقلة عدد المفردات اللغوية، وضعف بناء القواعد اللغوية.

ويعتبر الكشف عن العجز في النمو اللغوي والاضطرابات المتعلقة به من الخطوات الأساسية لوضع برنامج تدريبي أو علاجي مناسب، ويتم ذلك من خلال اتباع أسلوب الملاحظة المباشرة للطفل أو باستخدام أحد مقاييس اللغة أو كليهما معا.

ثالثاً: الخصائص العقلية.

من المعروف أن الطفل المعوق عقليا لا يستطيع أن يصل في نموه التعليمي إلى

المستوى الذي يصل إليه الطفل العادي، كذلك أن النمو العقلي لدى الطفل المعوق عقليا أقل في معدل نموه من الطفل العادي، حيث أن مستوى ذكائه قد لا يصل ٧٠ درجة كما انهم يتصفون بعدم قدرتهم على التفكير المجرد وإنما استخدامهم قد حصر على المحسوسات، وكذلك عدم قدرتهم على التعميم.

رابعاً: الخصائص الجسمية.

من الملاحظ أن الأطفال المعوقين عقليا بصفة عامة لديهم فروق في مستوى نموهم الجسمي والحركي، فهم أقل وزنا، ومتأخرون في نموهم الحركي وذلك مثل القدرة على المشي، وبما أن هؤلاء الأطفال المتخلفين عقليا لديهم أكثر بقليل من حيث المشاكل في السمع والبصر والجهاز العصبي من العاديين لذلك من المتوقع بأن هؤلاء الأطفال من حيث التربية الرياضية أقل من العاديين في المهارات الرياضية، كما أن قدرتهم الحسية والحركية سريعة وذلك يظهر من خلال الحركات التي يقومون بها من دون هدف مثل المشي إلى الأمام ثم العودة إلى الخلف، وقد يصاحب بعضا منها تحريك الرأس والأزمات العصبية.

خامساً: الخصائص الشخصية.

إن الأطفال المعوقين عقليا لديهم بعض المشاكل الانفعالية والاجتماعية وذلك لسبب يعود إلى المعاملة والطريقة التي يعامل بها هؤلاء المتخلفين في المواقف الاجتماعية حيث قد يوصف بأنه متخلف أو غبي أو مجنون ... الخ.

وقد أشار زغلر (Zighler) من خلال الفرضيات التي وضعها في بحثه إلى أن السبب الحقيقي وراء تسمية أو الحكم على الأطفال المتخلفين عقليا بأنهم غير اجتماعيين يعود إلى الخبرات السابقة لديهم وما أصيبوا من احباطات نتيجة هذا التفاعل مع القادرين، وقد أكد زغلر بأن السبب يعود إلى ضعف الدافعية لديهم للتعامل مع الآخرين.

وأشارت الكثير من الدراسات إلى أن لدى المعوقين عقليا أحساس سلبي نحو أنفسهم بسبب ضعف القدرات لديهم التي قد تساعدهم في عملية النجاح، وكذلك أن لدى المعوقين عقليا ضعف في مفهوم الذات.

سادساً: الخصائص الانفعالية والاجتماعية:

يتصف المعوقين عقليا ببعض الصفات الانفعالية والاجتماعية والتي قد انعكست من خلال قدراته العقلية، فقد لوحظ أن الطفل المعوق عقليا يميل إلى الانسحاب والتردد في السلوك التكراري وكذلك في الحركة الزائدة، وفي عدم قدرته على ضبط الانفعالات، وعدم القدرة على إنشاء علاقات اجتماعية فعالة مع الغير، وغالبا ما يميل إلى المشاركة مع الأصغر سنا في نشاطه وقد يميل إلى العدوان وعدم تقدير الذات، والعزلة والإنطواء، وتكرار الإجابة رغم تغيير السؤال، وأشار دوثيستن (Rothstein, 1967) أن الطفل المعوق عقليا قد يكون هادئا لا يتأثر بسرعة، حسن التصرف والسلوك، راضيا بحياته كما هي، قانعا بإمكاناته المحدودة، ويستجيب إذا عاملناه كالطفل الصغير ويغضب إذا أهمل ولكن لا يستمر في غضبه فترة طويلة، فسرعان ما يضحك ويمرح ومن السهل التأثير عليه لأنه سريع الاستهواء.

أما لو أخذنا الخصائص تبعا لدرجة الإعاقة، نجد اختلافات واضحة بين الافراد المعوقين عقليا بعضهم البعض، هذا فضلا عن الاختلافات الكبيرة بين هؤلاء الافراد وبين العاديين.

قياس وتشخيص الأطفال المعاقين عقليا:

مفهوم التشخيص:

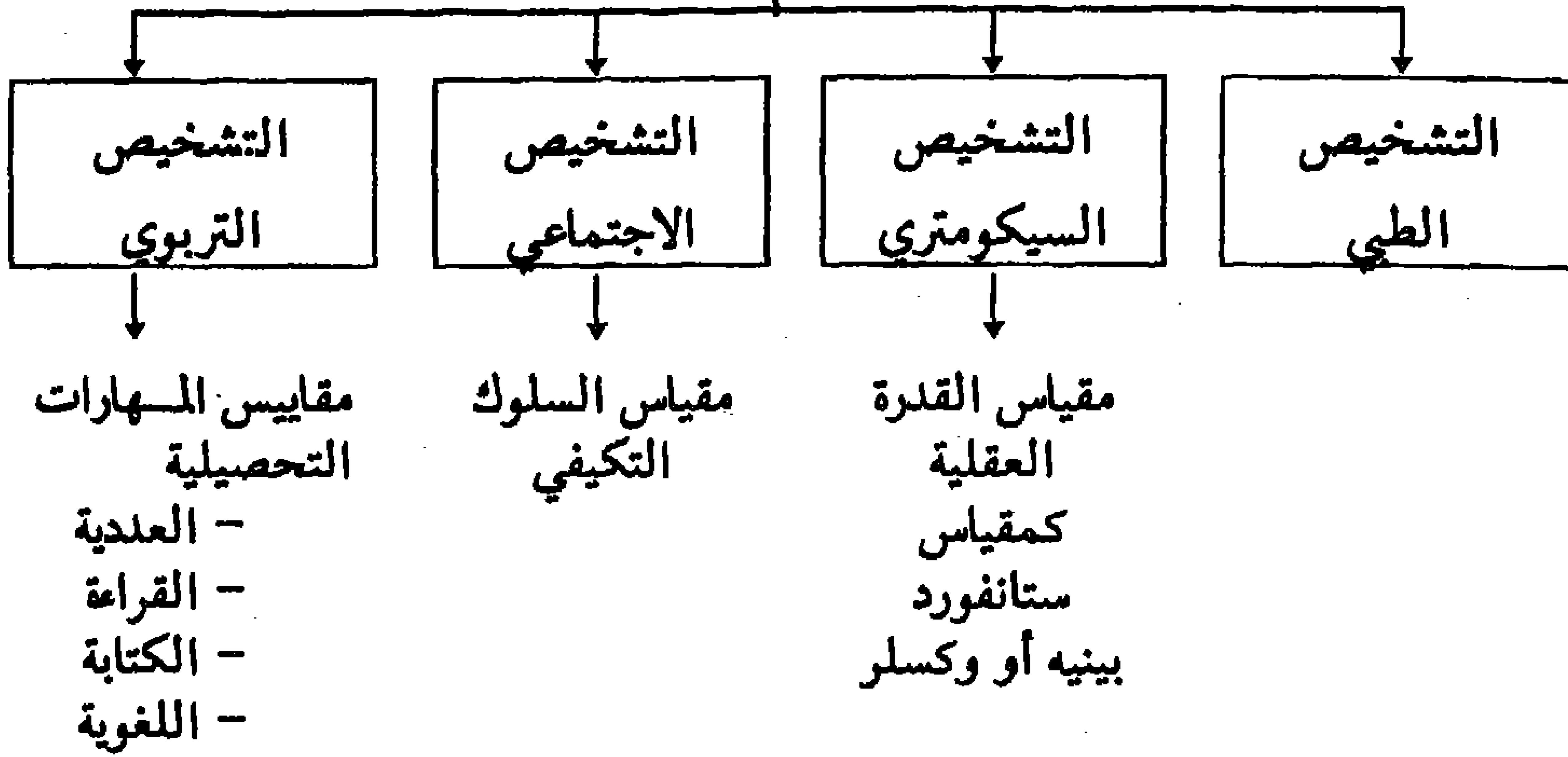
تختلف الإعاقة العقلية عن أي إعاقة أخرى يمكن أن تصيب الطفل مثل الإعاقات السمعية أو البصرية أو الحركية، فمشكلة الإعاقة العقلية متعددة الجوانب والأبعاد، فهي مشكلة صحية ونفسية وتربوية واجتماعية وهذه المشكلات متشابكة ومتداخلة، حيث يعاني الطفل من العديد من المشكلات في آن واحد، لذا فإن مفهوم تشخيص الإعاقة العقلية يقترب من مفهوم التقييم الشامل للحالة.

إذ يعتبر موضوع قياس وتشخيص الإعاقة العقلية من الموضوعات التي تنطوي على عدد من الجوانب الطبية والسيكومترية والتربوية والاجتماعية، ففي بداية القرن التاسع عشر بدأ تشخيص حالات الإعاقة العقلية من وجهة النظر

الطبية وذلك بالتركيز على أسباب الإعاقة العقلية المؤدية إلى تلف الخلايا الدماغية، لكن فيما بعد ومع ظهور مقاييس الذكاء المعروفة كمقايس ستانفورد بينيه ومقياس وكسلر أصبح التركيز على القدرات العقلية وقياسها، وقد تمثل هذا الاتجاه في استخدام مصطلح نسبة الذكاء كدلالة على استخدام المقاييس السيكومترية في تشخيص حالات الإعاقة العقلية، وقد استمر هذا الاتجاه حتى أواسط الخمسينات، فقد ظهرت اتجاهات جديدة في قياس وتشخيص حالات الإعاقة العقلية تمثلت في الاتجاه الاجتماعي، فقد ظهر هذا الاتجاه الجديد نتيجة للإنتقادات التي وجهت إلى المقاييس السيكومترية والتي خلاصتها أن مقاييس الذكاء وحدها غير كافية في تشخيص حالات الإعاقة العقلية إذ أن حصول الفرد على درجة منخفضة على مقاييس الذكاء لا يعني بالضرورة أن الفرد معاق عقليا وخاصة إذا أظهر الفرد قدرة على التكيف الاجتماعي والاستجابة بنجاح للمتطلبات الاجتماعية، ولذا ظهر هذا البعد الجديد في تشخيص حالات الإعاقة العقلية ألا وهو البعد الاجتماعي والذي يعبر عنه عادة ببعد السلوك التكيفي وظهرت مقاييس تقيس هذا البعد ومن أشهرها مقاييس الجمعية الأميركية للتخلف العقلي للسلوك التكيفي، ومقياس كيين وليفين للكفاية الاجتماعية.

كما ظهر في السبعينات من هذا القرن الاتجاه التربوي التحصيلي في قياس وتشخيص حالات الإعاقة العقلية، والذي يعتبر اتجاها مكملا لعملية قياس وتشخيص حالات الإعاقة العقلية ويهدف هذا الاتجاه إلى قياس وتشخيص الجوانب التحصيلية للمعاقين عقليا، ومن المقاييس التحصيلية مقاييس المهارات اللغوية، ومقياس القراءة والكتابة، والمقياس التحصيلي العام والذي أعده جاستاك، والمقياس التحصيلي الفردي، ويعبر عن الاتجاه الجديد في قياس وتشخيص حالات الإعاقة العقلية بالاتجاه التكاملي حيث يجمع هذا الاتجاه بين الاتجاه الطبي والاتجاه السيكومتري، والاتجاه الاجتماعي، والاتجاه التربوي، حيث تتطلب عملية قياس وتشخيص حالات الإعاقة العقلية وفق الاتجاه التكاملي تكوين فريق مشترك من كل من طبيب الأطفال والأخصائي في علم النفس والاخصائي في التربية الخاصة، تكون مهمته إعداد تقرير مشترك عن حالة الطفل المحول لأغراض التشخيص ومن ثم

لأغراض الإحالة إلى المكان المناسب فيما بعد:



خطوات التعرف على الطالب المتخلف عقليا:

يقوم فريق التقييم متعدد التخصصات بما يلي:

١- إجراء تقويم تربوي شامل.

٢- الحصول على التاريخ التطوري من الوالدين وأولياء الأمور.

٣- الحصول على النتائج من الفحوص الجسمية المتضمنة النواحي البصرية والسمعية والحركية والعصبية.

٤- الاتساق في انخفاض نتائج الطفل في اختبارات القدرات العقلية من جهة ومقياس السلوك التكيفي من جهة أخرى بدرجة دالة.

٥- تقرير فيما إذا كان التخلف قد لوحظ أثناء فترة النمو.

٦- تقرير فيما إذا كان الأداء التربوي والنمو الطبيعي متأثرا بشكل عكسي.

٧- مراجعة التعريفات والإجراءات القانونية التي تخص التقويم التربوي للمعوقين عقليا والتحقيق من مدى تطبيق الإجراءات المطلوبة في تقييمهم.

٨- مراجعة جميع المعلومات التي تستخدم المعرفة فيما إذا كان الطالب معوقا أم لا.

إرشادات في عملية التشخيص

هناك بعض الإرشادات التي يجب أن تؤخذ في الحسبان عند القيام بتشخيص الإعاقة العقلية، ومن أهم هذه الإرشادات ما يلي:

١- يجب أن تكون الأنشطة المتضمنة في الاختبارات والمقاييس المستخدمة في التشخيص مسلية وجذابة للطفل حتى يقبل على الاستجابة بقدراته الحقيقية، وحتى لا ينفر منها أو يملها، ويحجب استجابته نتيجة لنفوره من النشاط أو ملله منه وليس لعدم قدرته على الاستجابة.

٢- يراعى عند اختيار الأنشطة المستخدمة في عملية التشخيص أن تكون متنوعة ومتعددة.

٣- ينبغي أن تكون الاسئلة الموجهة إلى الطفل واضحة ومباشرة، بحيث لا يحتمل السؤال أكثر من معنى واحد ولا تحتاج الإجابة عليه إصدار تعميمات أو وضع افتراضات.

٤- يجب أن تكون الاسئلة في مستوى قدرات الطفل وإمكاناته أو أن تبدأ بالأسئلة السهلة والبسيطة ثم تتدرج إلى الأصعب وهكذا.

٥- يجب أن تكون الأبعاد المراد قياسها محددة بدقة.

٦- يراعى عند رصد استجابات الطفل ألا نلجأ إلى تفسير معناها أو الإشارة إلى ما وراء هذه الاستجابات، بل تسجل كما هي دون تأويل.

استراتيجيات تربية وتعليم المتخلفين عقليا القابلين للتعلم:

إن أول محاولة منظمة لتعليم المتخلفين عقليا جاءت على يد الطبيب الفرنسي ايتارد(Itard عام ١٧٩٩م)، عندما حاول تدريب الطفل الذي وجد في غابة افيرون بفرنسا والذي كان في حوالي الثانية عشر من عمره، اتبع ايتارد مع هذا الطفل أسلوب تدريب الحواس، والتطبيع الاجتماعي لمدة خمس سنوات.

بالرغم من أن نجاح ايتارد في ذلك كان طفيفا جدا، وبالرغم من فشله التام في تعليم (فيكتور) الكلام، إلا أن محاولاته هذه قد نبهت أحد تلاميذه وهو سيجان

(Zeguin) إلى أهمية ايجاد الطرق الكفيلة بتعليم المتخلفين عقليا.

هاجر سيجان إلى الولايات المتحدة عام ١٨٤٨م واختير اول رئيس للرابطة الأميركية للتخلف العقلي عام ١٨٤٩م، وضع سيجان النظرية الفسيولوجية حول التخلف العقلي، والتي تتلخص في أن التخلف العقلي نوعان الاول سطحي (Superficial) والثاني حاد (ProFound) النوع الاول هو الذي يتلف فيه الجهاز العصبي المحيطي اما الثاني فهو الذي ينشأ عن عيوب في الجهاز العصبي المركزي، ولتطبيق هذه النظرية، قام سيجان بوضع برنامج علاجي لتعليم وتدريب المتخلفين عقليا، ويمكن تلخيص هذا البرنامج في النقاط الأساسية التالية:

١- يعتمد علاج النوع الاول من التخلف العقلي (السطحي)، على تدريب العضلات لاستثارة الأعصاب المستقبلة لتوصيل إحساساتها إلى الجهاز العصبي المركزي.

٢- يعتمد علاج التخلف الحاد على إحداث صدمات للجهاز العصبي المركزي نفسه عن طريق الأعصاب المستقبلة لكي تنشط الخلايا العصبية في القشرة المخية فتؤدي عملها بمعدل أكثر نشاطا.

٣- يتم تدريب الجهاز العصبي عن طريق أنشطة تعتمد على إشباع حاجات الطفل ورغباته، بحيث تكون هذه الأنشطة من الحياة اليومية المعتادة للطفل.

٤- كانت فصول المتخلفين عقليا التي أنشئت في الهواء الطلق تعتمد في برامجها على أنشطة لتنمية الوظائف الحركية والصوتية، وأعضاء الجسم الضعيفة التكوين.

٥- الاتجاه في تعليم المتخلفين عقليا من الكل إلى الجزء، فمثلا كان التدريب الحركي يبدأ بالأرجل، فالقدمين فاليدين، فالكتفين، فالذراعين، فالرسغ، فالكف، وأخيراً الأصابع.

٦- إن الأيدي هي مدخل لخبرات الطفل ولا بد أن يمارس بهما الاتصال بالحياة الخارجية.

٧- تدريب حاسة السمع بحيث يتدرج من العام إلى الخاص.

٨- الاهتمام بعلاج مشكلة الكلام ثم الكتابة ثم القراءة.

٩- تدريب البصر عن طريق تدريب الطفل على استخدام الألوان والأشكال المترابطة، والأبعاد والمسافات والمستويات، وفي نفس الوقت الذي يستطيع فيه إمساك الأشياء بيديه (التناسق البصري الحركي، أو تناسق العين مع اليد).

لم تقتصر عملية تربية وتعليم المتخلفين عقليا على محاولات ايتارد في فرنسا، ونظرية سيجان في الولايات المتحدة بل امتدت هذه المحاولات إلى ايطاليا، حيث قامت ماريا منتسوري عام ١٨٩٧م بإنشاء مدرسة لتعليم وتدريب ضعاف العقول، وتدريب المدرسين اللازمين لهذا الميدان، واعتمدت منتسوري في ذلك على التميز الحسي وذلك عن طريق تدريب الحواس، كذلك محاولات الفرد بينيه (Bineh) في فرنسا عام ١٩٠٥م، وهو أول من وضع اختبارات للذكاء كان الهدف منه إيجاد أداة يتم عن طريقها التمييز بين المتخلفين عقليا والأسوياء في المدارس العامة، ثم جاءت (دسيدرس عام ١٩٢٨م) بمنهجها في تعليم وتدريب المتخلفين عقليا، التي اعتمدت على التعليم عن طريق العمل، والتأكيد على تدريب الحواس، كذلك أكدت كرستين الجرام على التعليم عن طريقة العمل، والتأكيد على تدريب الحواس، كذلك أكدت كرستين الجرام عام ١٩٣٥م على أهمية استخدام طريقة (الوحدة)، في تعليم وتدريب المتخلفين عقليا هذا بالإضافة إلى العديد من البرامج والمحاولات التي وضعت في هذا الميدان، والتي تعتبر مقدمات وأسس قامت عليها استراتيجيات تربية وتعليم المتخلفين عقليا القابلين للتعلم.

وقد أدى الاهتمام باستراتيجيات تربية وتعليم وتدريب المتخلفين عقليا إلى التوسع في إنشاء المراكز والمدارس والفصول الخاصة بفئة القابلين للتعلم في أميركا، وفي أوروبا، وكذلك في وطننا العربي فقد بلغ عدد المؤسسات التي تعنى بالمتخلفين عقليا في الوطن العربي حوالي ٤٨ مؤسسة، وهي في ازدياد باستمرار.

وعلى الرغم من جميع الخبرات السابقة في أنحاء كثيرة من العالم في تعليم الأطفال المتخلفين عقليا من خلال برامج متنوعة للتربية الخاصة، لا يزال بإمكاننا أن نميز وجهتي نظر متعارضتين فيما يتعلق بمدى فاعلية الفصول الخاصة للأطفال

المتخلفين القابلين للتدريب وهما:

١- وجهة نظر مؤيدة لفصول التربية الخاصة للمتخلفين القابلين للتدريب ضمن إطار المدارس العادية، وترى أنه في نطاق ما يمكن أن يوجه من اهتمام فردي في فصول تضم إعداد قليلة من الأطفال يجد الطفل المتخلف العون اللازم لتحقيق أقصى حد ممكن من التقدم في المهارات الأكاديمية.

٢- وجهة نظر معارضة لفلسفة فصول التربية الخاصة للمتخلفين القابلين للتدريب ضمن إطار المدارس العادية يسيطر عليها اقتناع بأن الطفل القابل للتدريب يتعلم بشكل أفضل داخل الفصول العادية نظرا للاستثارة التي تتاح له من خلال وجود أطفال آخرين أكثر منه ذكاء، بالإضافة إلى ذلك نجد أشخاصا يعارضون مبدأ الفصول الخاصة لاعتقادهم بأن الأطفال المتخلفين لديهم مشاعر النقص والرفض نتيجة لوجودهم معزولين فيما يطلق عليه الفصول الخاصة.

إذن عندما تدخل صفا في مدرسة للتربية الخاصة للمعوقين عقليا، فإن أول ملاحظة تقع عليها هي أن هؤلاء الأطفال يختلفون عنا كثيرا في قدراتهم وإمكاناتهم وفي بعض الخصائص الأخرى التي قد تكون ظاهرة عليهم وخاصة فئة المتخلفين عقليا ممن صنفوا حسب التصنيفات الاكلينيكية وهم المنغولي، والقماءة، والاستسقاء الدماغي، كبر حجم الدماغ، أو صغره، وأنت كمدرس أو مساعد لهذا المدرس الذي يقوم بعمله في هذه المدرسة ومع هؤلاء الأطفال المعوقين عقليا، فإن هدفك هو مساعدة هؤلاء المتخلفين حتى يصبحوا إلى حد ما مثل الأطفال العاديين، وقد تصل تقريبا إلى هذا الهدف من خلال تغيير أو تعديل وتشكيل سلوك هؤلاء الأطفال.

أساليب التدريس:

١- التدريب الجماعي:

هناك الكثير من الأدلة على أنه يمكن للتدريس الجماعي أن يكون فعالا مع التلاميذ من ذوي الإعاقات الطفيفة أو المعتدلة أو الشديدة أو حتى المتعددة، وفضلا عن ذلك يتم التدريس الجماعي في كثير من الحالات بعدة مزايا بالمقارنة بالتدريس الفردي.

١- يتسم التدريس الجماعي بأنه أكثر فعالية وأقل تكلفة وكثيرا ما يمكن من تعليم عدد اكبر من التلاميذ بصورة أجدى في نفس الفترة من الزمن.

٢- وكثيرا ما تعلم مختلف انواع المهارات بنفس القدر من السرعة.

٣- في التدريس الجماعي "التسلسلي" من شأن التمارين الموزعة أن تحسن الحفاظ "تذكر المتعلم".

٤- قد يؤدي التدريس الجماعي المتسلسل - حيث يتعلم التلاميذ في المجموعة مهارات مختلفة - إلى تعميم التعلم بمعنى انه قد يتسنى للتلاميذ تعلم العمليات التي يجري تلقينها لغيرهم من التلاميذ في المجموعة، عن طريق التعلم بالمشاهدة.

٥- عندما يكافأ تلميذ على أدائه الملائم فإنه يكون بمثابة نموذج يقتدى به التلاميذ الآخرون.

التدريس الجماعي ((التسلسلي)) :

في التدريس الجماعي ((التسلسلي)) يجمع تلميذان أو أكثر جنبا إلى جنب، وقد يجلس التلاميذ في أطر مرتبة على شكل نصف دائرة، أو حول منضدة، وقد يقفون حول بئر القرية أو في حقل من الحقول، ويجرب تعليم كل تلميذ على حده أثناء فترات قصيرة، ويدور المعلم على التلاميذ، يعمل مع كل منهم فترة قبل أن ينتقل إلى الذي يليه، بحيث يتردد على التلميذ الواحد عدة مرات أثناء مجموع فترة التدريب الجماعي.

وقد ينتمي تلاميذ المجموعة إلى نفس مستوى التحصيل أو إلى مستويات مختلفة، ويمكن تلقينهم نفس المهارات أو مهارات مختلفة، وقد يعلم كل تلميذ بصورة مستقلة تماما عن سائر التلاميذ، كما يجوز اتباع أساليب تدريس مفردة، ويمكن للمعلم أن يقدم لجميع تلاميذ المجموعة معا تعليما أو شرحا عاما قبل الشروع في التدريس التسلسلي.

٢- التدريس الفردي:

يمكن اتباع أساليب التعليم الفردي لتعليم الحالات الصعبة من التلاميذ

بمعزل عن سائر التلاميذ أو أثناء التعليم الجماعي التسلسلي، كما أن بعض العمليات التي تتطلب مساعدة فردية كبيرة قد يحسن أن تتبع فيها أساليب التعليم الفردية لا الجماعية، فطريقة التعلم التي تنهض على استرعاء الانتباه وصياغة الإجابة والتلقين والاختبار، يمكن استعمالها مع بعض التعديلات في التعليم الفردي أو التعليم الجماعي التسلسلي.

إذن يقصد بمفهوم أسلوب التعليم الفردي الخطة التعليمية الفردية التي تشكل الجانب التنفيذي للخطة التربوية الفردية، فبعد إعداد الخطة التربوية تكتب الخطة التعليمية الفردية التي تتضمن هدفا واحدا فقط من الأهداف التربوية الواردة في الخطة التربوية الفردية من أجل تعليمها للطفل المعاق عقليا وتشمل مكوناتها على ما يلي:

أ- بعض من المعلومات العامة عن الطفل المتخلف عقليا والهدف التعليمي المصاغ بعبارات سلوكية محددة، وكذلك أسلوب التعزيز.

ب- الأهداف التعليمية الفرعية التي تشمل تحليل الهدف التعليمي إلى عدد من الأهداف التعليمية الفرعية.

جـ- الأدوات اللازمة وتشمل ما يعده المعلم من الأدوات اللازمة لتحقيق الهدف التعليمي.

د- الأسلوب التعليمي وفق طرق تعديل السلوك، وأسلوب تعليم الطفل المتخلف عقليا عن طريق التعليم الفردي فيكون عن طريق الخطوات التالية:

١- محاولة تهيئة الطفل المتخلف عقليا للمهارة أو السلوك المراد تعليمه.

٢- محاولة تقديم المهارة والسلوك المراد تعليمه كما هو وذلك للأسباب التالية:

أ- التأكد من مدى نجاح عملية التشخيص.

ب- التأكد من أن الطفل لم يتمكن من عملية إتقان المهارة أو السلوك في فترة ما قبل عملية التشخيص وتعلم المهارة.

٣- استخدام طرق المساعدة من الجوانب التالية الايجابية اللفظية، الجسمية مع

التأكيد على استخدام عملية التعزيز في هذه الخطوات.

٤- محاولة تثبيت عملية التعلم للمهارة أو السلوك الذي تعلمه.

٥- استخدام الرسم البياني للتعرف على مدى قدرة تعلم الطفل للمهارة أو السلوك المراد تعلمه.

وقد أثار أرون (Irwin) إلى أن هناك عددا من الخطوات التي قد تساعد المتخلف عقليا في الجانب اللغوي وهي:

١- محاولة التنبيه اللفظي بكلمات بسيطة وجمل قصيرة.

٢- تشجيع الطفل المتخلف عقليا على ترديد الكلمات التي يتعلمها.

٣- محاولة تشجيع الطفل المتخلف عقليا على تسمية أشخاص وأشياء من طبيعة بيئته.

٤- محاولة جعل الطفل المتخلف عقليا على الاستمرار في الحديث وتكرار الكلمات التي يقولها.

٥- تشجيع الطفل على ترديد أصوات مختلفة مثل الحيوانات، الطيور.

٦- تشجيع الطفل على مزاولة النشاطات الاجتماعية.

٧- تعويده على تحية الناس.

٨- تشجيع الطفل على استخدام اللغة في حياته اليومية.

كما هو ملاحظ من طريقة تعلم الطفل المتخلف عقليا الاعتماد على أسلوب التعليم الفردي الذي يتطلب صياغة الهدف التعليمي صياغة سلوكية حيث يمكن ملاحظتها وقياسها حتى يعطي المعلم التغذية الراجعة (Feedback) من خلال ما تم تعلمه أو عدم تعلمه، والمثال التالي يوضح ذلك:

المهارة: مهارة ارتداء الملابس

الهدف التعليمي: أن يرتدي الطفل حذاءه وذلك دون الحاجة إلى المساعدة من أحد، والقيام بهذه المحاولات ثلاث مرات على مدى اليوم الدراسي.

المواد: حذاء الطفل.

طريقة القياس: أن يضع المعلم أو المعلمة الحذاء على الأرض ويطلب من الطفل ارتداء الحذاء،يجلس الطفل على الأرض ويمسك أحد زوجي الحذاء ويضع الحذاء المناسب من القدم المناسبة لها، ويحني الطفل قدمه ويضعها في الحذاء ثم يسحب الحذاء وبعد ذلك يعيد الطفل الخطوات السابقة بالنسبة للفردة الثانية، هنا يعطى الطفل علامة إذا قام بالسلوك النهائي ولا يعطى علامة إذا لم يستطيع القيام بالسلوك النهائي.

من خلال ذلك يستطيع المعلم أن يعلم الطفل وبشكل فردي على المهارات الاستقلالية والتي تعتبر من المهارات الأساسية في تعليم المعاقين والتي تشمل الجوانب الشخصية مثل الاعتماد على الذات، وزيادة ثقته بنفسه، وكذلك التكيف الناجح مع البيئة المحيطة به، وكذلك تعتبر هذه المهارات من الأساليب في تعليم الأطفال المعاقين اكتساب المهارات الأخرى مثل المهارات الاجتماعية والمهنية والأكاديمية.

أسلوب تحليل المهمات:

يقصد بتحليل المهمات هو في محاولة تجزأة المهارة إلى أجزائها، ومكوناتها الرئيسية ثم ترتيب هذه الأجزاء في نظام حتى تصل إلى المهارة الأساسية، ومثل ذلك:

مهارة غسل اليدين: من المتعارف عليه أن الطفل المتخلف عقليا ليست لديه القدرة العقلية التي يتمتع بها الطفل العادي في عملية التعلم واكتساب المهارة دون محاولة تجزئتها ولكن مع الأطفال المعوقين عقليا يتطلب الامر منا القيام بهذه المهمات حتى نستطيع أن نصل إلى إكساب الطفل المهارة التي نحاول أن نعلمها له، فلو عدنا إلى مهارة غسل اليدين وحاولنا أن نعرف المهمات التي نحاول أن تجزئ هذه المهارة إليها، قد يستغرب البعض وخاصة من ليس له خبرة في تعليم الأطفال المتخلفين عقليا بأن هذه المهارة تحتاج إلى تجزئة حتى يتمكن الطفل من تعلمها ولكن هذا هو الواقع حتى نصل بالطفل إلى القدرة في تعليم هذه المهارة لا بد من

محاولة تحليل المهارة إلى أجزائها الرئيسية والتي قد تكون على الشكل التالي:

مهارة غسل اليدين:

- أن يرفع الطفل أكمام القميص.
- أن يمسك الطفل قطعة الصابون.
- أن يفتح الطفل صنبور الماء.
- أن يرغي الطفل الصابون بعد الفرك على المغسلة.
- أن يغسل يديه بالماء.
- أن يغلق الطفل صنبور الماء.
- أن ينشف يديه بالمنشفة.
- أن يعيد الطفل المنشفة في مكانها اللازم.
- إعادة ما تم رفعه من أكمام القميص إلى وضعه الطبيعي.

كما هو واضح من تحليل المهمات فإن الهدف الأساسي لهذه العملية هو في محاولة تجزئة المهارة إلى عناصرها الأساسية وذلك من أجل تسهيل عملية تدريبها للطفل المتخلف عقليا، وكذلك حتى تسهل على المعلم تدريب الطفل المتخلف عقليا على إتقانها وكذلك يمكن ملاحظتها وقياسها ومحاولة إعادة الطفل إلى الجزء الذي لا يتقنه حتى يستطيع أن يتعلمه ثم الانتقال إلى المهمة الأخرى، ويلاحظ أنه لا بد من استخدام عملية التسلسل في المهارة من الأسهل إلى الأصعب حتى يتمكن الطفل من النجاح في هذه العملية، وهنا يجب أن لا ننسى دور التعزيز من المعلم أو المعلمة كلما ظهر تحسن في أداء الطفل، كذلك عليك بالصبر الذي لا حد له، لأن التعليم يتطلب صبراً كبيراً واعط توجيها واحدا فقط في الوقت الواحد لأنه من الصعب أن ينفذ توجيهين مثل أجلس معتدلا ولا ترم طعامك.

مناهج المعوقين عقليا:

تختلف برامج ومناهج المعوقين عقليا عن برامج ومناهج الأطفال العاديين من

حيث المحتوى وطرق التدريس.

يتضمن محتوى منهاج المعوقين عقليا عددا من الأبعاد والمهارات والتي تشكل في مجموعها المادة التعليمية للمعوقين عقليا، وهذه الأبعاد والمهارات هي:

البعد الأول : المهارات الاستقلالية، وتتضمن:

أ- مهارات الحياة اليومية.

ب- مهارات العناية الذاتية.

البعد الثاني : المهارات الحركية، وتتضمن:

أ- المهارات الحركية العامة.

ب- المهارات الحركية الدقيقة.

البعد الثالث : المهارات اللغوية، وتتضمن:

أ-مهارات اللغة الاستقبالية.

ب- مهارات اللغة التعبيرية.

جـ- مهارات الرياضيات.

البعد الرابع : المهارات الأكاديمية وتتضمن :

أ- مهارات القراءة.

ب- مهارات الكتابة.

البعد الخامس: المهارات المهنية.

البعد السادس: المهارات الاجتماعية.

البعد السابع: مهارات السلامة.

البعد الثامن: المهارات الاقتصادية.

محتويات برامج المعاقين عقليا :

أ- محتويات برامج صغار السن:

١- الأناشيد.

٢- الموسيقى.

٣- المحادثة وسرد القصص.

٤- الرسم.

٥- الألعاب الرياضية.

٦- الزيارات.

٧- الألعاب المختلفة محدودة.

٨- الطبخ البسيط.

٩- الألعاب الحرة.

ب- محتويات برامج الأطفال الأكبر عمرا (إضافة للبرامج السابقة):

١- المحادثة.

٢- العلوم الطبيعة.

٣- الطبخ.

٤- النشاط الرياضي.

٥- الموسيقى والحركة.

٦- الأعمال المنزلية منها مهارة إعداد مائدة الطعام، غسل الأواني، حفظ الأواني.

٧- الأعمال اليدوية (إنتاجية).

٨- مشاهدة التلفزيون.

٩- الاستماع للبرامج الإذاعية.

١٠- عرض الأفلام والشرائح (السلايدات).

١١- السباحة.

١٢- الأنشطة الخلاقة.

تنظيم صفوف المعوقين عقلياً :

تنظم صفوف أو مجموعات المعوقين عقليا وفق عدد من المتغيرات أهمها : العمر العقلي والعمر الزمني أو كلاهما معا، وإذا ما أخذنا بتنظيم مجموعات المعوقين عقليا بحسب متغير العمر الزمني فقد تقسم هذه المجموعات كما يلي :

١- مجموعة ما قبل سن السادسة.

٢- مجموعة ما بعد سن السادسة وقبل الثامنة.

٣- مجموعة ما بعد سن الثامنة وقبل سن العاشرة.

٤- مجموعة ما بعد سن العاشرة وقبل سن الثانية عشرة.

٥- مجموعة ما بعد سن الثانية عشرة وقبل سن الرابعة عشرة.

٦- مجموعة ما بعد سن الرابعة عشرة.

أما إذا أخذنا تنظيم مجموعات المعوقين عقليا حسب العمر العقلي، فقد نقسم هذه المجموعات كما يلي :

١- مجموعة الإعاقة العقلية الشديدة.

٢- مجموعة الإعاقة العقلية المتوسطة.

٣- مجموعة الإعاقة العقلية البسيطة.

أما إذا أُخذنا بتنظيم مجموعات المعوقين عقليا حسب متغيري العمر العقلي والزمني، فقد نقسم مجموعات المعوقين عقليا كما يلي :

١- **المجموعة الأولى :** وهي المجموعة التي تتراوح عمرها الزمني من ٤-٢ سنوات، وعمرها العقلي ما بين ٤-٢ سنوات.

٢- **المجموعة الثانية :** وهي المجموعة التي يتراوح عمرها الزمني ما بين ٥-٨ سنة وعمرها العقلي ما بين ٤-٦ سنوات.

٣- **المجموعة الثانية :** هي المجموعة التي يتراوح عمرها الزمني ما بين ٩-١٣ سنة، وعمرها العقلي ما بين ٦-٩ سنوات.

٤- **المجموعة الرابعة :** هي الجموعة التي يتجاوز عمرها الزمني ١٣ سنة، وعمرها العقلي ٩ سنوات.

وقد يكون تنظيم مجموعات المعوقين عقليا حسب متغيري العمر العقلي الزمني من أفضل التنظيمات أو أكثرها مناسبة لأغراض التعليم والتدريب.

تنظيم البرنامج:

ينظم البرنامج في المراحل المختلفة كما يلي:

١- قبل سن المدرسة، أقل من ٦ سنوات.

تنمية القدرات العقلية والاجتماعية عن طريق اللعب الحر.

٢- الصفوف الابتدائية الدنيا ٦-١٠ سنوات، السن العقلية ٣-٦، الاستمرار في تنمية القدرات العقلية والاجتماعية على مستوى نظري أعلى عن طريق اللعب والعمل ولفترات قصيرة.

٣- الصفوف الابتدائية العليا، ١٠- ١٣ سنة، تدريس مواضيع عملية، وخبرات من الحياة اليومية.

٤- الصفوف الثانوية، ١٣-١٦ سنة، السن العقلية ٨-١٢، تدريس مواضيع عملية للإعداد للحياة بعد المدرسة.

٥- مرحلة بعد المدرسة، التوجيه للتكيف الاجتماعي والمهني في المجتمع.

الفصل الخامس

الإعاقة السمعية

تعريف الإعاقة السمعية.

تصنيفات الإعاقة السمعية.

الجهاز السمعي عند الإنسان.

أسباب الإعاقة السمعية.

نسبة الإعاقة السمعية.

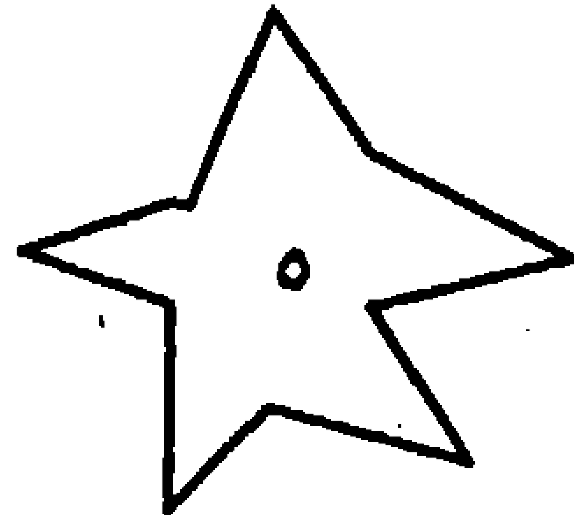
قياس وتشخيص المعاقين سمعياً.

خصائص المعاقين سمعياً.

البرامج التربوية للمعاقين سمعياً.

الاستراتيجيات لتعليم المعاقين سمعياً.

- الاستراتيجيات التعليمية للأطفال ضعاف السمع.
- الاستراتيجيات التعليمية للأطفال الصم.



الفصل الرابع

الإعاقة البصرية

Visual Impairment

مقدمة:

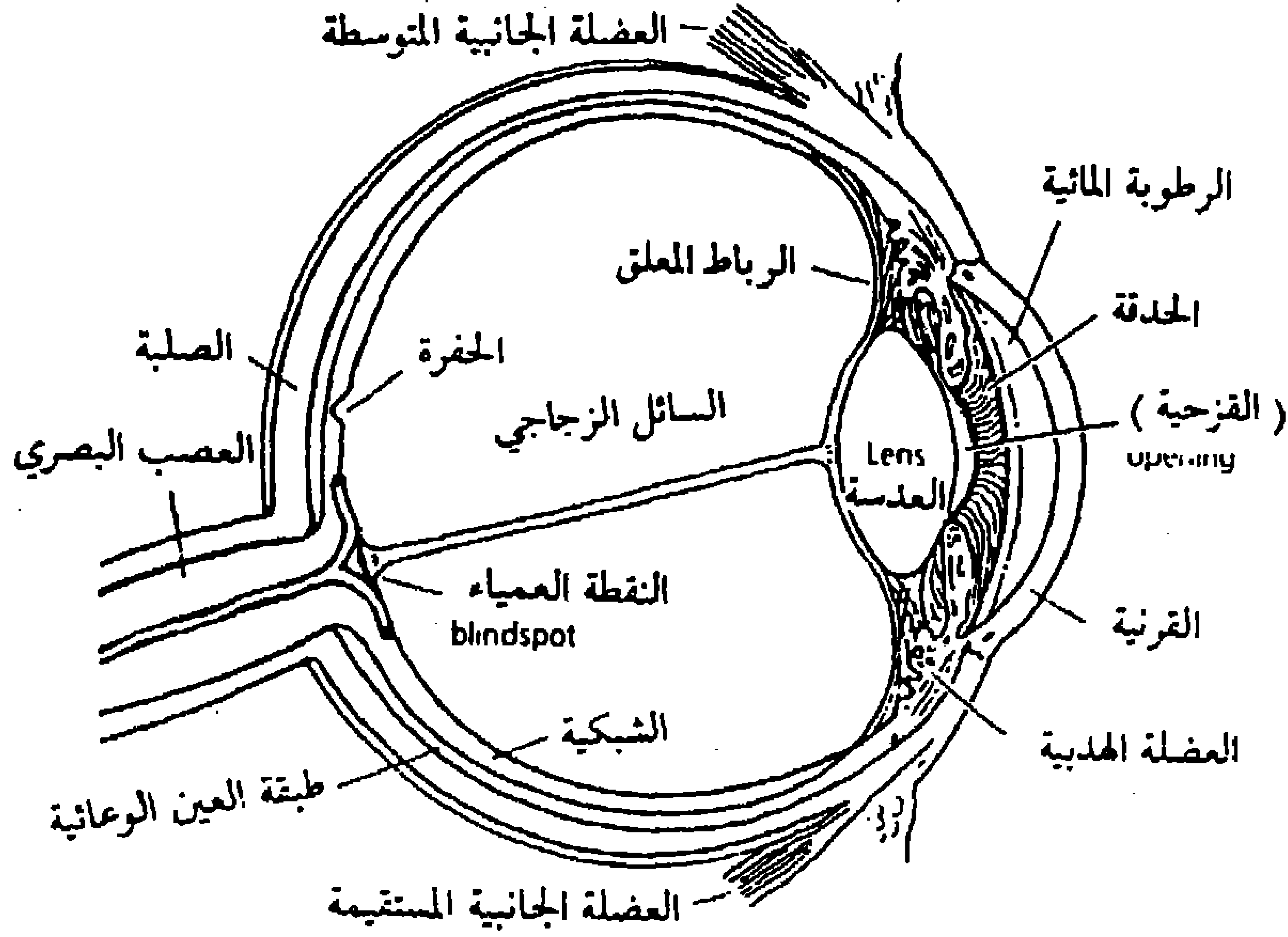
يرتبط بالقصور في حاسة الابصار عديد من المشكلات، فبعض هذه المشكلات ذات طابع عملي في حين أن البعض الآخر يتوقف عند حد الاهتمام النظري البحث، وفقد البصر يخلق مشكلات تنبع من الإصابة الحسية في حد ذاتها في مجالي الوظائف المعرفية والحركية فقط، فالطفل الكفيف ولاديا، وكذلك الطفل الذي يفقد بصره في وقت مبكر من الحياة يخبر العالم المحيط به من خلال وظائف حسية لا تستخدم من جانب الطفل المبصر عادة لنفس الأغراض، كذلك فإن مثل هذا الطفل يبني معرفته بعالم الاشياء بطرق تختلف اختلافا جوهريا عن الطرق التي يستخدمها الطفل المبصر العادي، يترتب على ذلك أن يصبح من المستحيل على الأشخاص المبصرين أن يتصوروا عالم المكفوفين، تماما كما هو مستحيل على المكفوفين أن يفهموا حقيقة الخبرات البصرية.

تشريح العين ووظائفها:

تعتبر العين من الأعضاء الحسية بالغة التعقيد، تنمو العين في شكل نتوء الجزء من التجويف الثالث في المخ، تأخذ العين شكل الكرة وتعمل بطريقة أشبه ما تكون بآلة التصوير الفوتوغرافي، يتم تركيز الصورة بواسطة العدسات وتكون كمية الضوء التي تسقط على العين قابلة للتكيف الا أن أوجه الشبه بين العين وآلة التصوير تتوقف عند هذا الحد.

إذن العين هي المسؤولة عن عملية الإبصار، وتتركب العين من أربعة أجزاء، والوظائف تترابط معا لتحقيق الوظيفة الأساسية للعين وهي الإبصار، ولهذا فإن أي

خلل أو قصور يحدث في أي جزء من العين يؤدي إلى حدوث قصور في عمـل العين ينتج عنه شكل من أشكال الإعاقة البصرية.



التركيب التشريحي للعين البشرية

والأجزاء الأربعة التي تتكون منها العين:

١- **الجزء الوقائي** **Protective**.

يشمل الجزء الوقائي على الأعضاء الوقائية الخارجية من العين، والتي تعمل على حمايتها من الصدمات والغبار، والشظايا، وأشعة الشمس أو الأضواء المبهرة، والأجزاء الخارجية من العين هي التجويف العظمي الذي تقع فيه العين، وحاجب العين وأهداب الجفن، والجفن والدموع التي تحجب الأذى عن مقلة العين ذاتها، وتعتبر (التراخوما) (هو نوع من الالتهاب الحبيبي المزمن) من العيوب البصرية الشائعة في هذا الجزء من تركيب الجهاز البصري.

٢- **الجزء الانكساري** **Refractive**

يشمل الجزء الانكساري على الأعضاء التي تعمل على تجميع الضوء النافذ إلى داخل العين وتركيزه على الشبكية، وهذه الأعضاء هي:

أ- القرنية Cornea:

تعتبر النافذة الأمامية للعين وعن طريقها تنفذ الأشعة الضوئية إلى العين، وهي غشاء شفاف يغطي مقدمة العين، فتبدو وظيفة القرنية أيضا في حماية العين من العدوى بسبب طبقة الدموع الخفيفة التي تغطي القرنية والتي تعطي حماية كبيرة للعين ضد البكتيريا والتلوث والأتربة.

ب- عدسة العين Lens :

تقع خلف القرنية ويفصلهما عن بعض السائل المائي، وهي تتعلق بأربطة متصلة بعضلات صغيرة للغاية على جوانب العين تساعد على شدها أو إرخاؤها، وتتغير العدسة بصورة آلية زيادة ونقصا تبعا للحاجة إلى تركيز الضوء على الشبكية، إذن تبدو وظيفة العدسة في تجميع الأشعة الضوئية وتركيزها على الشبكية، وتعرف هذه الخاصية بتكيف الإبصار.

جـ- القزحية Iris :

هي عبارة عن قرص ملون تعمل على التحكم في كمية الضوء الداخلة إلى العين وذلك عن طريق حجب العدسة حجبا جزئيا والتحكم في اتساع الفتحة التي ينفذ منها الضوء إلى العدسة.

د- إنسان العين (البؤبؤ) Pupil :

عبارة عن فتحة صغيرة مستديرة سوداء تظهر في مركز القزحية، ويتغير اتساعها نتيجة قوة الضوء أو ضعفه.

هـ- الرطوبة المائية والسائل الهلامي أو السائل الزجاجيVitreous Fluid:

هي عبارة عن أوساط انكسارية يمتلئ بهما فراغ العين، وهما يعملان على تجميع الضوء النافذ إلى داخل العين وتركيزه على الشبكية.

ومن أكثر الاضطرابات البصرية ذات الطبيعة الانكسارية شيوعا في فترة الطفولة طول النظر وقصر النظر، والماء الأزرق، اللابؤرية، والجلوكوما (الماء الأسود).

٣- الجزء العضلي Muscular :

يشتمل هذا الجزء على ست عضـلات متصلـة بمقلـة العين، تستخدم هـذه العضلات في تحريك العين إلى أعلـى وإلى أسـفل وإلى اليمـين وإلى اليسـار داخـل المحجر، وتعمل هذه العضلات معا بانسجام وتوافق تامين.

الأطفال الذين يعانون من اضطرابات ذو طبيعة عضلية في العين تكـون لديـهم حالات الحول، أو حالات تقعر العين (الرأرأة وهي حركات سـريعة ولا إراديـة للعـين)، وحالات العمش وهي عتامه في الأبصار تنتج عن عدم توازن في عمل العضلات.

٤- الجزء الاستقبالي Receptive :

يضم الجزء الاستقبالي في الجهاز البصري كـل مـن شبكيـة العـين والعصـب البصري:

أ- شبكية العين Retina :

هي المنطقة التي تتجمع فيها الأشعة الضوئية الساقطة على العين، وهي عبارة عن غشاء رقيق تبطن كرة العين من الداخل وهي تشبه في عملها الفيلـم الحسـاس في آلة التصوير، وعن طريقها تتم رؤية الأشياء.

ب- العصب البصري ومركز الإبصار في المخ Optic Nerve:

تتصل العين بمركز الإبصار في المخ عن طريق العصب البصري حيـث يقـوم العصب البصري بنقل الإحساس بالضوء من الشبكيـة إلى مركـز الإبصـار في المـخ حيث يترجم هناك إلى صور مرئية.

وحالات التهاب الشبكية والتليف خلف العدسة من أمثلة الإعاقـة البصريـة التي تصيب الجزء الاستقبالي في الجهاز البصري.

آلية الإبصار :

يتألف الضوء من أشعة تسير في خطوط مستقيمة، وعندما تسقط هذه الأشعة على جسم ما فإنها تنعكس عنه بزاوية انعكاس تساوي زاوية السقوط، وإذا ارتدت (انعكست) هذه الأشعة عن جسم ما وجـاءت إلى العـين، فـإن عدسـة العـين تقـوم

حينذاك، وكذلك بؤبؤ العين يتكيف وضعهما وحجمهما بصورة تتناسب مع شدة الإضاءة الساقطة على العين، وتتناسب فتحة بؤبؤ العين وتحدب العدسة تناسبا عكسيا مع شدة الضوء، وتتحرك العين إلى أعلى وإلى أسفل وإلى اليمين وإلى اليسار وفي حركة دورانية ويتحكم في هذه الحركات العين إلى أعلى وإلى أسفل وإلى اليمين إلى اليسار وفي حركة دورانية ويتحكم في هذه الحركات جميعا العضلات الهدبية.

وعند سقوط حزمة من الأشعة على العدسة التي تحتوي سائل تختلف كثافته عن كثافة الهواء، وبفعل اختلاف الكثافة - تنكسر حزم الأشعة لتتجمع جميعا على الشبكية، وهذا الأمر يتم في العين السليمة، حيث تتكون صورة الجسم المرئي مقلوبة على الشبكية، وعلى الشبكية تقوم الخلايا المخروطية بتحسس كافة الألوان التي يشتملها الشعاع الضوئي الذي رسم صورة الجسم المرئي على الشبكية، وتقوم الخلايا القضيبية بتحسس اللونين الأبيض والأسود وما بينهما من ألوان رمادية، ومعروف أن لكل لون درجة تذبذب محددة، فاختلاف الألوان ناتج عن اختلاف درجة التذبذب لكل لون، وبعد ذلك تقوم الخلايا المخروطية والخلايا القضيبية بتحويل الأمواج الضوئية إلى سيالات عصبية وتتجمع هذه السيالات في نقطة واحدة تسمى النقطة العمياء.

تتألف الطبقة الداخلية للشبكة من مجموعات من الخلايا العصبية التي تنقل السيالات العصبية إلى العصب البصري عبر النقطة العمياء، والعصب البصري والعصب الثاني من الأعصاب القحفية، ونشير إلى أنه يجب علينا أن نميز بين النقطة العمياء والنقطة الصفراء، فالنقطة الصفراء هي أكثر المناطق حساسية في الشبكية، وعند هذه النقطة الصفراء تتجمع الحزم من الأشعة الضوئية، أما المرحلة الأخيرة في آلية الإبصار فتتم عندما تنتقل السيالات العصبية من النقطة العمياء عبر العصب البصري إلى المراكز الحسية في الدماغ ويكون من مهمات هذه المراكز تعديل وضع الصورة حيث أنها تصل إلى الدماغ مقلوبة، ومن ثم العمل على ترجمتها وإدراك ماهية الجسم المرئي.

تعريف الإعاقة البصرية:

ظهرت تعريفات عدة للإعاقة البصرية، منها التعريف القانوني والتعريف التربوي:

١- التعريف القانوني، يشير إلى أن الشخص الكفيف، من وجهة نظر الأطباء، هو ذلك الشخص الذي لا تزيد حدة إبصاره عن ٢٠ / ٢٠٠قدم في أحسن العينين أو حتى باستعمال النظارة الطبية، وتفسير ذلك أن الجسم الذي يراه الشخص العادي في العادة على مسافة ٢٠٠ قدم يجب أن يقرب إلى مسافة ٢٠ قدم حتى يراه الشخص الذي يعتبر كفيفا حسب هذا التعريف.

٢- التعريف التربوي، يشير إلى أن الشخص الكفيف، هو ذلك الشخص الذي لا يستطيع أن يقرأ أو يكتب إلا بطريقة برايل.

أما باراجا ١٩٧٦م فقد وضعت تعريفاً تربويا للمعاق بصريا يقول أن الطفل المعاق بصريا هو الذي تحول اعاقته دون تعلمه بالوسائل العادية، لذلك فهو في حاجة إلى تعديلات خاصة في المواد التعليمية وفي أساليب التدريس وفي البيئة المدرسية.

كذلك هناك تعاريف أخرى منها فقد البصر التام (Blindness) يعتبر الشخص كفيفا إذا كانت لديه حدة إبصار مركزي تصل إلى (٦ / ٦٠) (٢٠ /٢٠٠) أو أقل في العين الأقوى بعد استخدام النظارات، أو حدة أبصار مركزي تزيد عن ٢٠ / ٢٠٠ مع وجود قصور يضيق فيه المجال البصري إلى حد يصبح فيه أوسع قطر للمجال البصري بزاوية لا تزيد عن ٢٠ درجة.

أما التعريف الوظيفي الذي اقترحه هارلي ١٩٧٣م فهو أن الكفيف للأغراض التعليمية هو ذلك الشخص الذي تبلغ إعاقته البصرية درجة من الحدة تحتم عليه القراءة بطريقة برايل، أما الطفل ضعيف البصر فهو الذي يستطيع بوجه عام قراءة الحروف الكبيرة تحت أفضل الظروف الممكنة.

كما قام قانون الضمان الاجتماعي الامريكي عام ١٩٣٥م باعتماد تعريف المكفوفين فقد تبنى تعريف المبصرين جزئيا وهو ضعيف البصر أو المبصر جزئيا هو الذي تبلغ حدة إبصاره فيما بين ٢٠ / ٢٠٠ و ٢٠ / ٧٠ في العين الأفضل وذلك بعد استخدام العدسات أو النظارات الطبية والمعينات البصرية الملائمة.

كذلك حدد بعض التعريفات للمبصر جزئيا هو الفرد الذي يعاني من إعاقة بصرية متوسطة لا تمكنه من استخدام بصره بصورة بفاعلية تامة في الأحوال العادية، ولهذا فهو في حاجة إلى تجهيزات بصرية وتربوية خاصة تمكنه من قراءة المادة المطبوعة.

تصنيفات الإعاقة البصرية :

الأفراد المعوقين بصريا قد يولدون مصابين بهذه الإعاقات، أو قد يصابون بالإعاقات البصرية بشكل كلي أو جزئي في أي وقت لاحق من حياتهم، الحالة القصوى للإعاقة البصرية هي تلك الحالة التي يفقد فيها الشخص الإبصار الكلي منذ الميلاد، وطبقا لبعض الملاحظات التي سجلها زلتون تون وآخرون فإن الأشخاص الذين يفقدون أبصارهم قبل حوالي سن الخامسة لا يحتفظون بصورة بصرية مفيدة.

والأطفال الذين يفقدون أبصارهم كلية أثناء السنوات المبكرة الأولى من حياتهم لا بد من النظر إليهم على أنهم يقعون ضمن الحالات المتطرفة، أما الأطفال الذين يفقدون أبصارهم كليا أو جزئيا بعد سن الخامسة قد يحتفظون بإطار بصري ايجابي وفعال بدرجة أو بأخرى، مثل هؤلاء الأشخاص يستطيعون ملاحظة شيء ما عن طريق اللمس ويكونون فكرة بصرية عن هذا الشيء تقوم على خبراتهم البصرية السابقة، وتكون الملاحظات البصرية لدى هؤلاء الأشخاص محدودة وتتوقف على درجة الإبصار المتبقية.

في ضوء الاعتبارات السابقة يمكن أن نميز الدرجات المختلفة التالية من الإعاقة البصرية فيما يتعلق بتأثير الإعاقة على الأنشطة الحسية وخبرات التذكر:

١- فقد بصر تام، ولادي، أو مكتسب قبل سن الخامسة.

٢- فقد بصر تام، مكتسب بعد سن الخامسة.

٣- فقد بصر جزئي ولادي.

٤- فقد بصر جزئي مكتسب.

٥- ضعف بصر ولادي.

٦- ضعف بصر مكتسب.

إذن يصنف المعاقين بصرياً في مجموعتين هما :

المجموعة الأولى : المعاقون بصريا إعاقة كلية : وهي تلك المجموعة التي ينطبق عليها التعريف القانوني والتعريف التربوي المشار إليهما سابقا.

المجموعة الثانية : المعاقون بصريا إعاقة جزئية : وهي تلك المجموعة التي تستطيع أن تقرأ الكلمات المكتوبة بحروف مكبرة أو باستخدام النظارة الطبية أو أي وسيلة تكبير، وتتراوح حدة الأبصار لدى أفراد هذه المجموعة ما بين ٢٠/٧٠ إلى ٢٠/٢٠٠ قدم في أحسن العينين أو حتى باستعمل النظارة الطبية.

مظاهر الإعاقة البصرية:

١- حالة قصر النظر (Myopia)، تبدو مظاهر هذه الحالة في صعوبة رؤية الاشياء البعيدة لا القريبة، ويعود السبب في مثل هذه الحالة إلى سقوط صورة الاشياء المرئية أمام الشبكية، وذلك لأن كرة العين أطول من طولها الطبيعي، وتستخدم النظارات الطبية ذات العدسات المقعرة لتصحيح رؤية الأشياء بحيث تساعد هذه العدسات على إسقاط صورة الاشياء على الشبكية نفسها.

٢- حالة طول النظر (Hypermetropia)، تبدو مظاهر هذه الحالة في صعوبة رؤية الأشياء القريبة لا البعيدة، ويعود السبب في مثل هذه الحالة إلى سقوط صورة الأشياء المرئية خلف الشبكية وذلك لأن كرة العين أقصر من طولها الطبيعي، وتستخدم النظارات الطبية ذات العدسات المحدبة لتصبح رؤية الأشياء بحيث تساعد هذه العدسات على إسقاط صورة الأشياء على الشبكية نفسها.

٣- حالة صعوبة تركيز النظر (Astigmatism)، تبدو مظاهر هذه الحالة في صعوبة رؤية الاشياء بشكل مركز، أي صعوبة رؤيتها بشكل واضح، ويعود السبب في مثل هذه الحالة إلى الوضع غير العادي أو الطبيعي لقرنية العين أو العدسة، وتستخدم النظارات الطبية ذات العدسة الاسطوانية لتصحيح رؤية الاشياء، بحيث تساعد مثل هذه العدسة على تركيز الأشعة الساقطة من العدسة وتجميعها على الشبكية.

أسباب الإعاقة البصرية:

تأتي العوامل المؤثرة في مرحلة ما قبل الميلاد التي تشمل المشكلات الوراثية والمشكلات الولادية في معرفة العوامل المسببة للإعاقة البصرية بين الأطفال (تمثل

حوالي ٦٥٪ من الحالات)، لا يمكن الوقاية من الإعاقات البصرية التي ترجع إلى ظروف تحدث فيما قبل الميلاد إلى أن يتم فهم العلاقات السببية بين هذه العوامل وبين الإعاقات البصرية بشكل افضل، وفيما يلي عرض أسباب الإعاقة البصرية.

١- التهاب العصب البصري:

ينتج عن بعض الأورام والإصابات التي تصيب العظام المحيطة بالعصب البصري، إذ ينتج عن بعض الأورام أو الإصابات التي تصيب المخ فتؤدي إلى ضمور العصب البصري، مما يؤدي إلى فقدان الاتصل بين العين والمخ، فتبدو العين سليمة معافاة ولكنها لا تستطيع أن تنقل ما تراه إلى مراكز الإدراك البصري في المخ لإصابته أو تعطل العصب المسؤول عن عملية نقل المثيرات البصرية للمخ، وبالتالي فإن إصابة العصب البصري يمكن أن يؤدي إلى العمى الكلي، إذا لم يعالج مبكرا.

٢- الكتاراكت، الماء الأبيض (Cataract) :

يقصد بذلك تعتيم عدسة العين التدريجي، حيث يؤدي ذلك إلى صعوبة رؤية الاشياء تدريجيا، الأمر الذي يؤدي إلى الإعاقة البصرية الكلية فيما بعد، وتعتبر العوامل الوراثية أو الحصبة الألمانية أو التقدم في العمر، أو أشعة الشمس الحارة أو الحرارة الشديدة من العوامل التى تؤدي إلى إصابة العين بالمياه البيضاء، وتعمل العمليات الجراحية على إزالة المياه البيضاء من العين ومن ثم تركيب العدسات المناسبة.

٣- الجلوكوما (الماء الأزرق أو الماء الأسود)(Glaucoma) :

يعرف مرض الجلوكوما في كثير من الأحيان باسم الماء الأزرق وينتج عن ازدياد إفراد السائل المائي الموجود في القرنية الأمامية، أو يقل تصريفه نتيجة لانسداد القناة الخاصة بذلك مما يؤدي إلى ازدياد الضغط داخل العين، ومن أهم علامات هذا المرض الصداع في جانب من الرأس، والضعف المستمر في قوة الإبصار والشعور بألم في العين، واتساع حدقة العين، وإذا لم يعالج هذا المرض في وقت مبكرة فإنه يؤدي إلى ضمور العصب البصري ومن ثم فقد الإبصار، وتعمل العمليات الجراحية واستخدام أشعة الليزر على إزالة المياه من العين، ويعد هذا المرض سببا من أسباب

الإعاقة البصرية لدى كبار السن من المعاقين بصريا ونادرا ما يكـون سـبب للإعاقـة البصرية لدى صغار السن من المعاقين بصريا.

٤- التليف خلف العدسة (Retrolental Fibroplasia (RLF):

ينتج التليف خلف العدسة عن زيـادة معـدل الاكسـجين في الحضانـات الـتي يوضع فيها المواليد الذين وضعتهم أمهاتهم قبل الموعـد الطبيعـي للـولادة (الـولادة المبتسرة) مما يؤدي إلى تكثيف غير عادي في الأوعية الدموية وقرحــة في أغشيـة عـين الوليد، يتسبب في حدوث تليف خلف عدسة العين مما يـؤدي إلى الإعاقـة البصريـة الكلية أو الجزئية.

٥- التهابات القرنية الجافة أو الرمد أو الجفاف العيني:

يؤدي الرمد أو الجفاف العيني إلى تعرض الطفل للإصابـة بالإعاقـة البصريـة التي تتراوح بين الكف الكلي للبصر، وضعف البصر وذلك حسب درجـة الإصابـة وزمن التدخل العلاجي، وينتج الرمد أو التهاب القرنية الجافة نتيجة لنقص فيتامين (أ) في غـذاء الطفـل أو جفـاف الملتحمـة أو إصابـة القرنيـة بارتشاحـات في الجـزء السفلي أو الجزء العميق من أنسجتها وسقوطه مما يؤدي إلى عتامة فيها.

٦- أمراض الشبكية (Retina Disorders):

يقصد بذلك تلـك الأمـراض أو الاضطرابـات الـتي تصيـب الشبكيـة مـن الأسباب المؤدية إلى الإعاقة البصرية ومن تلك الاضطرابات الحالـة المسـماة صعوبـة تكوين أجزاء رئيسية في الشبكية أو انفصال الشبكية.

٧- البول السكري (Diabetes):

وهو احتمال إصابة الفرد بالإعاقة البصرية نتيجة لإصابته بمرض السكري، إذ يعاني المصاب بالسكري من ارتفاع واضح في نسبة السكر في الدم، وذلـك بسـبب نقص هرمون الأنسولين لدى المصاب والذي مهمتـه مسـاعدة خلايـا الجسـم علـى امتصاص السكر من الدم، وبسبب ارتفاع نسبة السكر في الدم وصعوبة امتصاصه في خلايا الجسم، ومنها الشبكية، فيترتب على ذلك النقص الواضح في كمية السكر

اللازمة لخلايا الشبكية، مما يؤدي إلى كف البصر التدريجي، وغالبا ما تؤدي مضاعفات الإصابة بمرض السكري خاصة كبار السن إلى بعض أمراض الشبكية مثل الكتاراكت والنزيف الداخلي مما قد يؤدي إلى أن يفقد المريض الإبصار.

٨- العمى النهري :

جاء إطلاق هذا الاسم لارتباط السبب بالذباب الأسود الذي يعيش ويتكاثر على ضفاف الأنهار خاصة في افريقيا، ويتسبب عن فقدان البصر اذا حدثت مضاعفات، حيث تتطور الحالة إلى حدوث التهابات في بعض أعضاء الجسم ومنها أغشية العين مما يؤدي إلى الإعاقة البصرية الكلية.

٩- الرمد الحبيبي :

ينتج عن فيروس خاص يعمل على تليف نسيج الجفون والملتحمة، وتغير وضع الجفن وبالتالي تغير اتجاه الرموش لتصبح نحو الداخل مما يؤدي إلى احتكاكها بالقرنية مما يتسبب في خدشها، وإذا أهملت يؤدي إلى فقدان البصر الكلي، ويتم علاج الاعتام بالترقيع عن طريقة عملية جراحية يتم خلالها إزالة الجزء المعتم من قرنية العين واستبدالها بقرنية شخص متوفى أو بقرنية من البلاستيك الشفاف.

١٠- الرمد الصديدي أو (التراخوم) :

ينتج عن ميكروب الدفتريا الذي ينتقل إلى عين الإنسان عن طريق الذباب أو عن طريق العدوى عند استعمال مناشف الوجه التي يستعملها شخص مصاب، ويؤدي إهمال العلاج إلى فقدان الإبصار، وعلاجه كما الرمد الحبيبي.

١١- البهاق (Albinism) :

هو إحدى الإعاقات البصرية الولادية التي تتمثل في غياب صبغيات البشرة والشعر وجفون وقزحية العين، فيميل لون المصاب بهذه الحالة إلى البياض الناصع، يصاحب هذه الحالة حساسية شديدة للضوء حيث تنعدم رؤية المصاب للأشياء في وجود الضوء.

١٢- الهربس:

هو أحد الامراض المعدية الناتجة عن بعض الفيروسات، من أهم أعراض هذا المرض ظهور فقاعات مائية على جلد المصاب إضافة إلى قروح في القرنية تسبب في اعتام العين وضعف في الإبصار.

١٣- التوكسوبلازما:

ينتج عن نوع معين من الطفيليات ذات الخلية الأحادية، من مظاهره ظهور طفح على الجلد، وتضخم الكبد والطحال وفي الغدد الليمفاوية، ومن مظاهره أيضا، التهاب في شبكية العين قد ينتج عنه فقدان الإبصار، إذا أهمل العلاج.

١٤- الحول:

يقصد بذلك صعوبة قيام عضلات العين بالتحكم في كريات العين، وقد يأخذ الحول شكلين رئيسين، الأول يتمثل في توجيه كلتا العينين نحو الداخل أما الثاني فيتمثل في توجيه كلتا العينين نحو الخارج، ومهما كان شكل الحول فإنه يؤثر تأثيرا مباشرا على الرؤية السليمة، ولذا تعتبر الإجراءات الطبية ضرورية لتصحيح مثل هذه الحالة.

١٥- الإصابات:

إصابة العين عند استخدام بعض الأدوات الحادة مثل السكاكين، المقصات البراغي، والمسامير، أو التعرض لشظايا المعادن كما في حالة العمل الذين يعملون في اللحام أو النجارة أو الحدادة.

١٦- عوامل وراثية:

العوامل الوراثية سواء من جهة الام أو من جهة الأب أو من الاثنين معا، والتي تتراوح درجتها بين الفقدان البصري الكلي أو الجزئي، بالإضافة إلى الضمور الشبكي والأخطاء الانكسارية مثل قصر النظر وطول النظر والتي يكون سببها وراثي.

قياس وتشخيص الأطفال المعاقين بصريا:

تنصب عملية قياس حدة الإبصار على فئة ضعاف البصر أو المبصرين جزئيا من المعاقين بصريا، فقد يلاحظ ولي الأمر أو المدرس بعض الدلائل التي تشير إلى أن الطفل يعاني من قصور بصري، وقد تتمثل هذه الدلائل بواحدة أو اكثر من النقاط التالية كما أوردها كيرك ١٩٧٢م:

١- تذبذب المقلتين.

٢- الحول.

٣- كثرة الشكاوي من عدم وضوح الرؤية.

٤- طريقة استخدام الطفل لعينيه كأن يميل برأسه باتجاه الأشياء، أو تقريب الأشياء من عينيه، أو فرك العينين، أو الحساسية الشديدة للضوء أو إغماض العين نصف إغماضه عند التحديق بالأشياء.

٥- عدم الاهتمام بالأنشطة البصرية مثل النظر إلى الصور أو القراءة.

٦- عدم إتقان الألعاب التي تتطلب تآزر حركة العين مع حركة اليد.

٧- تجنب الواجبات التي تتطلب من العين التعامل عن قرب مع الأشياء.

٨- تفضيل الواجبات والأنشطة التي لا تتطلب التعامل مع العين مثل الاستماع.

أما ساتلر (١٩٨٢م) فقد أوضح بعض السلوكات التي يقوم بها الكفيف في الصف والبيت ومن هذه السلوكات:

١- يقوم بفرك العين بطريقة مستمرة وعنيفة.

٢- إغلاق العينين أو إحداهما بصفة مستمرة، إمالة الرأس إلى الأمام أو إلى الجنب.

٣- يعاني من صعوبات في القراءة عند القيام بأي وظيفة تتطلب استخدام العين عن قرب.

٤- فتح العينين وغمضهما بصفة مستمرة.

٥- يحمل الكتاب قريبا من عينيه.

٦- عدم القدرة على رؤية الاشياء البعيدة بشكل واضح.

٧- يفقد الموقع الذي وصل اليه أثناء القراءة.

٨- تجنب العمل الذي يحتاج إلى نظر قريب.

٩- الجلوس بطريقة غير سليمة أثناء القراءة.

١٠- صعوبة في الحكم على المسافات.

١١- الإحمرار في العين أو الجفنين.

١٢- التهاب العين أو الدمع المستمر.

ويشكو الكثير من ضعاف البصر من بعض الظواهر بصفة مستمرة ومنها:

١- الشعور بحرقة شديدة في عينيه مما يضطره إلى فركها وحكها.

٢- عدم القدرة على الرؤية الجيدة.

٣- صداع ودوخه خصوصا بعد استخدام العين في عمل قريب من العين.

٤- رؤية بعض الاشياء بصفة مزدوجة وضبابية أو غائمة.

خطوات التعرف على الطالب المعوق بصريا:

أ- يقوم فريق التقييم متعدد التخصصات بالخطوات التالية:

١- إجراء تقييم تربوي شامل.

٢- الحصول على معلومات تشخيصية عن الإبصار من أخصائي العيون أو أخصائي قياس النظر.

٣- الأخذ بالاعتبار نتائج الفحوصات الجسمية، والبصرية والسمع، والنطق، واللغة، وأسلوب التعلم، والدافعية، والتكيف، وقدرات محددة، والخبرات السابقة، والتحصيل الأكاديمي السابق.

٤- تحديد قدرة الطالب على الحركة والتنقل.

٥- مراجعة التعريفات والإجراءات التي تخص التقييم التربوي للمعوقين بصريا والتحقق من مدى تطبيق تلك الإجراءات والحصول على المعلومات المطلوبة.

٦- مراجعة جميع البيانات التي يجب أن تستخدم لتحديد فيما اذا كان الطالب معوقا ام لا.

وتعتبر لوحة سنلن (Senllen Chart) من أكثر المقـاييس انتشـارا في قيـاس حدة الإبصار، حيث يتم عن طريقها قياس حدة إبصار كل عين بمفردها ثم قياس حدة إبصار العينين معا.

كما يتضح من الشكل تتكون لوحة سنلن من عـدد من السطور تضم حروفا هجائية ذات أحجام مختلفـة في بعض الأحيان تستخدم أشكال بدلا من الحـروف للاستخدام مع الأفراد الذين لا يجيدون القراءة كمـا في الشكل، تمثل الحروف التي تتضمنـها اللوحـة مـا يراه الشخص الذي يتمتع بدرجة عادية من الإبصار مـن مسـافات مختلفـة، علـى سـبيل المثـل، إذا كـان ضروريا أن يقف فرد مـا علـى مسـافة ٢٠ متـرا مـن المقياس ليرى ما يستطيع الشخـص العـادي أن يـراه من مسافة ١٠٠ قدم، فـإن ذلـك يعطينـا حـدة إبصـار قدرها ٢٠ / ١٠٠ وهي درجة ليسـت جيـدة تمامـا، مـن ناحية أخرى، لو أن فردا ما يقف على بعد ٢٠ قدما من المقياس ويستطيع أن يرى الحروف التي يراها الشخص العادي من مسافة ١٠ أقدام، فإن حدة الإبصار في هذه الحالة تكون ٢٠ / ١٠ وهي درجة ممتازة. وعلى الرغم من أن لوحة سنلن تستخدم على نطاق واسع إلا أنـها تتضمـن بعض القصور، إذ أنها تقيس بصفة أساسية الإبصار المركـزي، لذلـك فـإن حـالات طول النظر، أو الحول لا يمكن بالضرورة الكشف عنها.

E	1
F P	2
T O Z	3
L P E D	4
P E C F D	5
E D F C Z P	6
F E L O P Z D	7
D E F P O T E C	8
L E F O D P C T	9
F D P L T C E O	10
P E Z O L C F T D	11

(لوحة سنلن)

مقياس باراجا للكفاءة البصرية:

قامت باراجا بعمل هذا المقياس عام (١٩٦٤م)، وذلك لتحديـد درجـة الكفـاءة

البصرية لدى ضعاف البصر، وذلك بهدف تقدير إمكانية الاستفادة من بقايا البصر واستغلالها بشكل جيد.

نموذج لصفحة من مقياس باراجا للكفاءة البصرية

يعتبر هذا المقياس مفيدا للمعلمين وغيرهم من الأخصائيين العاملين في مجال الأطفال المعوقين بصريا، هذا المقياس يتطلب من الطفل أن يقوم بفحص أحد الأشكال أو التصميمات الهندسية، وأن يجد شكلا شبيها للشكل الأصلي، وشكلا مختلفا عنه من بين عدد من البديلات المعروضة أمامه.

تعرض على الطفل أربعة أشكال من بينها اختيار واحد فقط صحيح، الأشكال والأشياء والكلمات التي يتضمنها المقياس ذات أحجام مختلفة وبدرجات مختلفة من التعقيد بقصد تقدير قدرة الطفل على مقارنة هذه الأشكال بالمثير الأصلي، يمكن زيادة تعلم استخدام الإبصار إلى أقصى حد ممكن إذا تعلم الطفل محدود الأبصار استخدام الجزء المتبقي لديه من الإبصار.

نسبة انتشار المعاقين بصريا:

يتمتع حوالي ٩٨،٥٪ من الأفراد بالقدرة على الإبصار بشكل عادي، ولكن حوالي ٠،٥٪ – ١،٥٪ من الأفراد لا يحظون لأسباب عدة بالقدرة على الإبصار العادي، وهو ما يطلق عليه بالإعاقة البصرية والتي قد تأخذ مظاهر شتى، ففي الولايات

المتحدة الأمريكية يقدر مكتب التربية نسبة المعوقين بصريا بحوالي ١٪.

خصائص المعاقين بصريا:

نظرا للاختلافات في درجة الإعاقة البصرية، وفي أنواعها ومسبباتها، وفي الظروف البيئية المحيطة بالمعاق بصريا مثل الاتجاهات الأسرية والاجتماعية، وطبيعة الخدمات التربوية والتأهيلية، والاجتماعية والنفسية التي تقدم للمعاق بصريا، فإن من الصعب أن نحدد خصائص معينة يمكن أن يندرج تحتها جميع المعاقين بصريا بفئاتهم ودرجاتهم المختلفة، وذلك لأنهم ليسوا مجموعة متجانسة.

لقد حدد لونفيلد ١٩٥٥م أربعة من الاعتبارات التي يجب أن تراعى عن تحديد خصائص المعاقين بصرياً، وهذه الاعتبارات هي:

١- الربط بين الخصائص والمسببات: يجب أن نربط بين الخصائص المميزة للمعاق بصريا وبين مسببات الإعاقة، فعلى سبيل المثال فإن الإعاقة البصرية الناتجة عن الحوادث لا يصاحبها تخلف عقلي، بينما نجد أن الإعاقة البصرية الناتجة عن الحصبة الألمانية قد يصاحبها في معظم الاحيان تخلف عقلي أو إعاقة سمعية.

٢- تكييف وتقنين الاختبار على عينات من المعاقين بصريا، إن معظم الاختبارات التي تستخدم لقياس الشخصية، أو السلوك التكيفي، أو التحصيل الدراسي، أو الذكاء للمعاق بصريا إنما هي اختبارات صممت أساسا وقننت على عينات مبصرة، لهذا فعند استخدام الاختبارات لتحديد خصائص المعاقين بصريا فإنه يجب مراعاة أن تكون هذه الاختبارات قد صممت أو كيفت وقننت على عينات من المعاقين بصريا.

٣- الربط بين الخصائص وأساليب التعامل مع المعاقين بصريا، من الخصائص المميزة للمعاقين بصريا ما هو ناتج أو مرتبط بالإعاقة نفسها كالقصور في الحركة أو القصور في التعامل مع الأعمل البصرية، ومنها ما هو ناتج عن أساليب تعامل المبصرين مع المعاقين بصريا سواء في النطاق الأسري أو على المستوى الاجتماعي فيما يعرف باتجاهات المبصرين نحو المعاقين بصريا حيث تؤدي الاتجاهات السلبية أو القصور في أساليب التعامل سواء على المستوى التربوي

أو التأهيلي أو العلاجي إلى ظهور العديد من الخصائص النفسية السلبية لـدى المعاقين بصريا مثل العصاب، القلق، عدم الثقة بالنفس وغيرها من الخصـائص والتي يمكن أن تؤثر سلبيا على تكييف المعاق بصريا وتقبله للإعاقة.

٤- شمولية البحوث والدراسات في مجال الإعاقة البصرية إن معظم البحـوث والدراسات التي تجري على المعاقين بصريا إنما تشمل على من يقيمون منهم في المؤسسات أو المدارس الخاصة بالمعاقين بصريا، هؤلاء يعتبرون مجموعة مختـارة لا تمثل جميع المعاقين بصريا، لهذا يجب أن تشتمل هذه البحوث على المعاقين بصريا في المدارس العادية، وفي مراكز التدريب والتأهيل المهني، وفي مواقع العمل، كذلك على المعاقين بصريا المقيمين في مستشفيات أو مراكز علاجية خاصة وهناك العديد من الدراسات التي القت الضوء على بعض خصائص المعاقين بصريا، وهذه الخصائص هي :

١- خصائص أكاديمية.
٢- خصائص عقلية.
٣- خصائص مرتبطة باللغة والكلام.
٤- خصائص حركية.
٥- خصائص اجتماعية انفعالية.
٦- الإعاقات المصاحبة.

أولا : خصائص أكاديمية.

لا تقتصر الخصائص الأكاديمية على درجة وطبيعة استعداد المعاق بصريا للنجاح في الموضوعات الدراسية فقط، بل تتعداها إلى كل ما هو مرتبط بالعمل المدرسي مثل درجة المشاركة في الانشطة الصفية واللاصفية وطبيعة التفاعل مع المدرسين والزملاء.

هناك عوامل كثيرة تؤثر مجتمعة أو منفردة على طبيعة الخصائص الأكاديمية للمعاق بصريا مثل درجة الذكاء، وزمن الإصابة بالإعاقة (ولادية، طارئة)، ودرجة الإعاقة (كف بصر كلي، كف جزئي)، وطبيعة الاتجاهات الاجتماعية (سالبة أو

موجبة)، وطبيعة الخدمات الاجتماعية والتعليمية والتأهيلية والنفسية والصحية التي تقدم للمعاقين بصريا في المجتمع، إن هذه العوامل بدورهـا مجتمعـة أو منفـردة تؤثـر على كل من طبيعة مفهوم المعاق بصريا عن ذاته، وكذلك على درجة تقبلـه لإعاقتـه وهما يؤثران بدورهما على طبيعة خصائص المعـاق بصريـا الأكاديميـة وعلـى درجـة نجاحه الأكاديمي، ومن أهم الخصائص الأكاديمية للمعاق بصريا والتي أوردتـها معظـم الدراسات ما يلي:

١- بطء معدل سرعة القراءة سواء بالنسبة للبرايل أو الكتابة العادية.

٢- أخطاء في القراءة الجهرية.

٣- انخفاض مستوى التحصيل الأكاديمي.

٤- خصائص أكاديمية خاصة بالمبصرين جزئيا منـها الاقـراب مـن العمـل البصـري سواء كان كتاب أو سبورة، وقصور في تحديد معالم الأشيـاء البعيـدة، وقصـور في تحديد معالم الاشياء الدقيقـة الصغـيرة، والإكثـار مـن التسـاؤلات والاستفسـار للتأكد مما يسمع أو يرى.

ثانيا: الخصائص العقلية.

أشارت بعض الدراسات المقارنة بين الطـلاب المبصريـن والطـلاب المعـاقين بصريا، إلى أن العديد من المعاقين بصريا يكون أدائـهم في اختبـارات الذكـاء حسـنا نسبيا، كما أشار البعض الآخر إلى عكس ذلك تماما حيث أكدت بعـض الدراسـات إلى أن ذكاء المعاقين بصريا يعتبر اقل من ذكاء أقرانهم المبصرين، قد يكون السبب في تناقض هذه الدراسات راجعا إلى صعوبة قياس ذكاء المعاقين بصريا، حيث أن معظـم الاختبارات والمقاييس التي تستخدم لقياس الذكاء تشتمـل علـى فقـرات تحتـاج إلى بصر، ولهذا فإنه لقياس ذكـاء المعـاقين بصريـا فإنـه مـن الضـروري الاعتمـاد علـى مقاييس مصممة ومقننة على هذه الفئة بحيث يراعى فيها الاعتماد على الأداء الحسي المتمثل في اللمس والحركة والسمع.

ورغم ذلك فقد أكد لونفيلد ١٩٥٥م على أن الإعاقة البصرية يمكـن أن تؤثـر

على نمو الذكاء وذلك لارتباط الإعاقة البصرية بجوانب القصور الآتية:

١- معدل نمو الخبرات وتنوعها.

٢- القدرة على الحركة والتنقل بحرية وفاعلية.

٣- علاقة المعاق بصريا ببيئته وقدرته على السيطرة عليها والتحكم فيها.

ثالثاً: خصائص مرتبطة باللغة والكلام.

من النادر أن نجد طفلا معاقا بصريا متمتع بحاسة سمع جيدة ولم ينمو لديه التواصل اللفظي بشكل فعال، فغياب البصر لا يعتبر حاجزا كبيرا أمام نمو اللغة والكلام، ولكن رغم ذلك فإن البحوث والدراسات في هذا المجال قد أوردت بعض الفروق بين كل من المعاقين بصريا والمبصرين في طبيعة اللغة والكلام، وإن هذه الفروق راجعة إلى أن المعاقين بصريا يعتمدون بشكل كبير على حاسة السمع والقنوات اللمسية في استقبال وتعلم اللغة والكلام وهذا قد يؤدي إلى بعض القصور أو الاضطرابات في اللغة والكلام لديهم لأن تعلم اللغة والكلام مرتبط أيضا إضافة إلى السمع بتتبع وملاحظة التلميحات الصادرة عن المتحدث، كذلك حركة الشفاه والتعبيرات الوجهية المصاحبة للكلام والتي يمكن للمبصر ملاحظتها وتقليدها، وبالتالي هذا يسهل عليه تعلم اللغة والكلام، في حين يصعب على المعاق بصريا ذلك، مما يؤدي إلى بطء في نمو اللغة والكلام لديه أو قصور واضطراب فيهما.

إذن تشير الدراسات إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة بين طريقة اكتساب الكفيف والفرد العادي للغة المنطوقة إذ يسمع كل منهما اللغة المنطوقة، في حين توجد فروق ذات دلالة بين كل منهما في طريقة كتابة اللغة، إذ يكتب الفرد العادي اللغة بالرموز الهجائية المعروفة، في حين يكتبها الكفيف بطريقة برايل، ومن الظواهر الواضحة لدى المكفوفين، ظاهرة اللفظة (Verbalism)، والتي تعني المبالغة في وصف خبرة ما، وقد تعبر مثل هذه الظاهرة عن رغبة الكفيف في إشعار الآخرين بمعرفته في تلك الخبرة، ومما يتصل بالخصائص اللغوية، تكوين المفاهيم أو ما يسمى بالنمو المعرفي، إذ يواجه المعاق بصريا مشكلات في تكوين المفاهيم ذات الأساس الحسي البصري، مثل مفهوم المساحة أو المسافة أو الألوان.

رابعاً: الخصائص الحركية.

لقد أشار ريان ١٩٨١م إلى أنه لا يوجد اختلاف في النمو الحركي للطفل المعاق بصريا ولاديا في الأشهر الأولى من حياته بشكل واضح عن النمو الحركي للطفل المبصر، حيث أن معدل نمو القدرة على الجلوس والتدحرج من وضع الانبطاح إلى وضع الاستلقاء لا يختلف بين الطفل المعاق بصريا وبين الطفل المبصر، ومع ذلك فإن بعض المهارات الحركية التي تتعلق بالحركة الذاتية للطفل مثل رفع الجسم، والجلوس في وضع معين والمشي باستقلالية تكون متأخرة لدى الطفل المعاق بصريا وذلك لارتباطها بقدرته على الثبات ودقة الحركة، وعندما يتمكن المعاق بصريا، من الثبات والدقة في الحركة فإنه يكون ابطء في السرعة من الطفل المبصر فهو لا يتمكن من المشي باستقلالية الا في حوالي الشهر التاسع عشر من عمره، في حين أن الطفل المبصر يتمكن من المشي باستقلالية في حوالي الشهر الثاني عشر من عمره إضافة إلى ذلك هناك مشكلات أخرى يواجهها المعاق بصريا متعلقة بإتقان المهارات الحركية وتمثل هذه المشكلات في:

- التوازن.
- الوقوف والجلوس.
- الاحتكاك.
- الاستقبال أو التناول.
- الجري.

خامسا: الخصائص الاجتماعية والانفعالية.

تتطور العلاقات بين الأفراد بعضهم البعض داخل المجتمع الواحد وتنمو نتيجة للتفاعل، هذا التفاعل الذي يقوم أساسا على تبادل المنافع والخدمات المادية منها والمعنوية، وبقدر درجة هذا التفاعل بإيجابياته، وسلبياته تتحدد نوع وطبيعة العلاقة بين الأفراد بعضهم وبعض، أو بين الفرد والجماعة، ومن هذا التفاعل يخرج الفرد بخبرات سارة وخبرات غير سارة وقد تغلب الخبرات السارة في بعض الأحيان على الخبرات غير السارة وأحيانا يحدث العكس، ونتيجة لذلك تتكون لدى الفرد

فكرته عن ذاته وعن الآخرين، كما تتشكل سماته الاجتماعية والانفعالية، إذن فالذي يحدد خصائص الفرد الاجتماعية والانفعالية هي طبيعة علاقاته مع الآخرين والتي تتحدد بدورها بدرجة وطبيعة تفاعله مع هؤلاء الآخرين.

وأهم الخصائص الاجتماعية والانفعالية للمعاقين بصريا والتي أجمعت عليها بعض البحوث والدراسات في هذا المجال هي مفهوم الذات، السلوك العصبي، الخضوع، الانطواء، والانبساط، التوافق الاجتماعي، العدوانية، التعصب، التوافق الانفعالي.

أما دراسة بتمان ١٩٦٤م فقد أشارت إلى تقبل الطلبة المكفوفين كليا بشكل اكبر من قبل الطلبة العاديين مقارنة مع الطلبة المكفوفين جزئيا.

وقد ينجح المعاق بصريا في إقامة علاقات اجتماعية، خاصة في مجال تكوين الأسرة، وفي ميدان العمل ولكن ذلك يعتمد إلى حد كبير على مدى أداء المعاق بصريا وكفاءته في مجال العمل وفي الحياة الاجتماعية بشكل عام ولعل أسوأ المواقف تجاه الكفيف هي مواقف أفراد أسرته وهي مواقف صنفها سومرز في خمسة أنواع هي: القبول، إنكار وجود أي أثر للإعاقة، والتدليل والحماية الزائدة، والإعراض المقنع والإعراض الظاهر.

سادسا: الإعاقات المصاحبة.

لقد أشار وارين ١٩٧٧م إلى أن العديد من الدراسات التي أجريت حول موضوع ارتباط الإعاقة البصرية بالإعاقات الأخرى، قد ذكرت أن هناك بعض الإعاقات المصاحبة للإعاقة البصرية، وأن اكثر الإعاقات انتشارا بين المعاقين بصريا، الإعاقات الأربعة الآتية:

- الاضطرابات الانفعالية.
- الإعاقات الجسمية.
- التخلف العقلي.
- الصمم.

اعتبارات أساسية في تعليم المكفوفين:

عند تعريض الكفيف كليا للخبرات التربوية فإنه لا يجب أن يكتفي بالخبرات التي يتعرض لها الطلاب المبصرين بل لا بد أن يتعرض لخبرات خاصة وبوسائل وأدوات وأجهزة خاصة، كما يجب أن نساعده على أن يستخدم معظم حواسه في اكتساب الخبرات التربوية والتعليمية (السمع واللمس، والشم، وحتى التذوق)، ولهذا فإنه يجب مراعاة الاعتبارات الآتية عند تعليم المكفوفين كليا:

١- الاهتمام بمهارات العناية بالذات والتفاعل الاجتماعي وذلك بالاعتماد على الحواس غير البصرية.

٢- إجراء تعديلات في المحتوى العام للمنهج بحيث يحذف منه ما لا يتناسب مع إمكانات وقدرات الكفيف، ويضاف إليه بعض الموضوعات المتخصصة التي يحتاجها الكفيف في حياته الاجتماعية والمهنية.

٣- توفير الأجهزة والأدوات السمعية واللمسية التي تيسر على الكفيف فهم الموضوعات الدراسية والتفاعل معها.

٤- مراعاة الفروق الفردية بين المكفوفين كليا، وإدراك انه رغم اشتراك الطلاب المكفوفين كليا في درجة الإعاقة البصرية إلا أنهم يختلفون في جوانب متعددة منها الخبرات المنزلية والاجتماعية، درجة الذكاء، والمشاكل المدرسية التي تواجههم، لهذا فإن أنسب أسلوب للتعامل مع هذه الفروق الفردية ومواجهتها هو تصميم برنامج تربوي خاص بكل كفيف سواء كان في مدارس وفصول والمكفوفين أو في المدارس العادية.

٥- توفير النماذج والمجسمات التي تمثل المفاهيم البصرية التي ترد في موضوعات المنهج وذلك لتوفير اكبر قدر من الواقعية، وعندما لا تكون هذه النماذج تكبيرا لبعض المفاهيم الدقيقة كالحشرات مثلا.

٦- التعرض للخبرات المباشرة في البيئة حتى يكتسب تعلمه عنصر الإثارة والتشويق.

٧- إتاحة الفرص أمام الكفيف لممارسة النشاط الذاتي والقيام بأداء بعض الخدمات لنفسه بنفسه حتى يكتسب الثقة بالنفس.

٨- الاهتمام بأنشطة التربية البدنية والأنشطة الترويحية لما لها من دور في تنمية مهارات التصور الجسمي، وإدراك العلاقات المكانية والمساعدة على أداء مهارات التوجه والحركة ببراعة وفاعلية.

٩- الاهتمام بالأنشطة الأدبية والاجتماعية والزيارات الميدانية للمراكز الأساسية في المجتمع لما لها من دور في اكتساب مهارات التفاعل الاجتماعي.

١٠- يراعى عند تصميم مدارس وفصول المكفوفين الحد من العوائق في الممرات وداخل الفصول، وارتفاع مستوى النوافذ خاصة في الأدوار العليا واستخدام الأبواب الدوارة.

١١- يراعى أن لا يتعدى عدد طلاب فصل المكفوفين ٨ طلاب حتى يتمكن المدرس من التعامل معهم بطريقة فردية.

إذن ينبغي على الأبوين أن يتصلا بمدرسة المكفوفين المحلية، بمجرد اكتشافهما أن ولدهما كفيف وضعيف النظر ضعفا كبيرا، وأن بقاء الطفل المكفوف في بيته في فترة ما بعد الولادة، حتى نهاية الطفولة الأولى أمر مرغوب ولا يمنع هذا من استفادة الأسرة من خبرات المدرسة المختصة أو المعهد المختص، وعلى الأم أن تهيء طفلها حالما يقترب من سن المدرسة الابتدائية، عليها أن تهيء نفسيته لمغادرة البيت والذهاب إلى المدرسة، وذلك بأن تصور المدرسة بوصفها مكانا ظريفا يقضي فيه الطفل أوقاتا حلوة في التعلم واللعب والتعرف إلى الصداقة والأصدقاء.

هذا وتقيم الدول الراقية تربويا مدارس داخلية (خاصة أو عامة) للمكفوفين يلقى فيها الطالب تعويضا مناسبا إذا كانت قد فاتته الدراسة النظامية، ففي مثل هذه المدارس معدات ووسائل متقدمة ودراسة عالية ورفيعة القيمة وهي إذا توفرت المدارس الرسمية العامة فإنها تقدم التعليم والتربية للمكفوفين بلا مقابل، ومن مصلحة المكفوفين أن يتعلموا ويتقنوا طريقة برايل، في القراءة والكتابة وقوام هذه الطريقة حروف نافرة مبسطة تقرأ باللمس بواسطة الأصابع وقد كتبت بواسطة آلات الكتابة الخاصة بهذه الطريقة فهي تغني ثقافة الكفيف وتعتبر من أفضل ما قدمه البشر من طرق لفاقدي البصر، والأطفال يتعلمون برايل بسرعة ويقرؤون فيها بسهولة ويسر، وهي وإن كانت بطيئة بعض الشيء إلا أنها قابلة لأن ترفد

بالمسجلات الصوتية.

إذن الهدف الأساسي من تأهيل المكفوفين هو إعداده للحياة الثقافية والاجتماعية وذلك بجانب تأهيله للحياة الاقتصادية، وهذا يعني التأهيل الكامل للشخص الكفيف، من ثم يعتبر التأهيل التربوي للكفيف الخطوة الأولى والطريق الموصل إلى المراحل الأخرى من التأهيل الشامل للكفيف.

وتعتبر تربية وتعليم الطفل الكفيف تحقيقا لمبدأ تكافؤ الفرص، حيث أن للطفل الكفيف الحق في التربية والتعليم كغيرة من الأطفال المبصرين، وذلك لأنه يملك الأسس والقدرات العقلية الضرورية لعملية التعلم، ومن حق الكفيف أن يبني نفسه وأن يشترك في حياته الاجتماعية حسب ما تؤهله له إمكانياته الخاصة.

هذا ومن أهم واجبات وأهداف تربية المكفوفين هي: إعداده للحياة بعد تدريب حواسه الباقية ليصبح عضوا فعالا في مجتمعه، أي أن اندماج الكفيف في عالم المبصرين يتأتى عن طريق تربية حواسه الباقية وإعداده بالوسائل المساعدة.

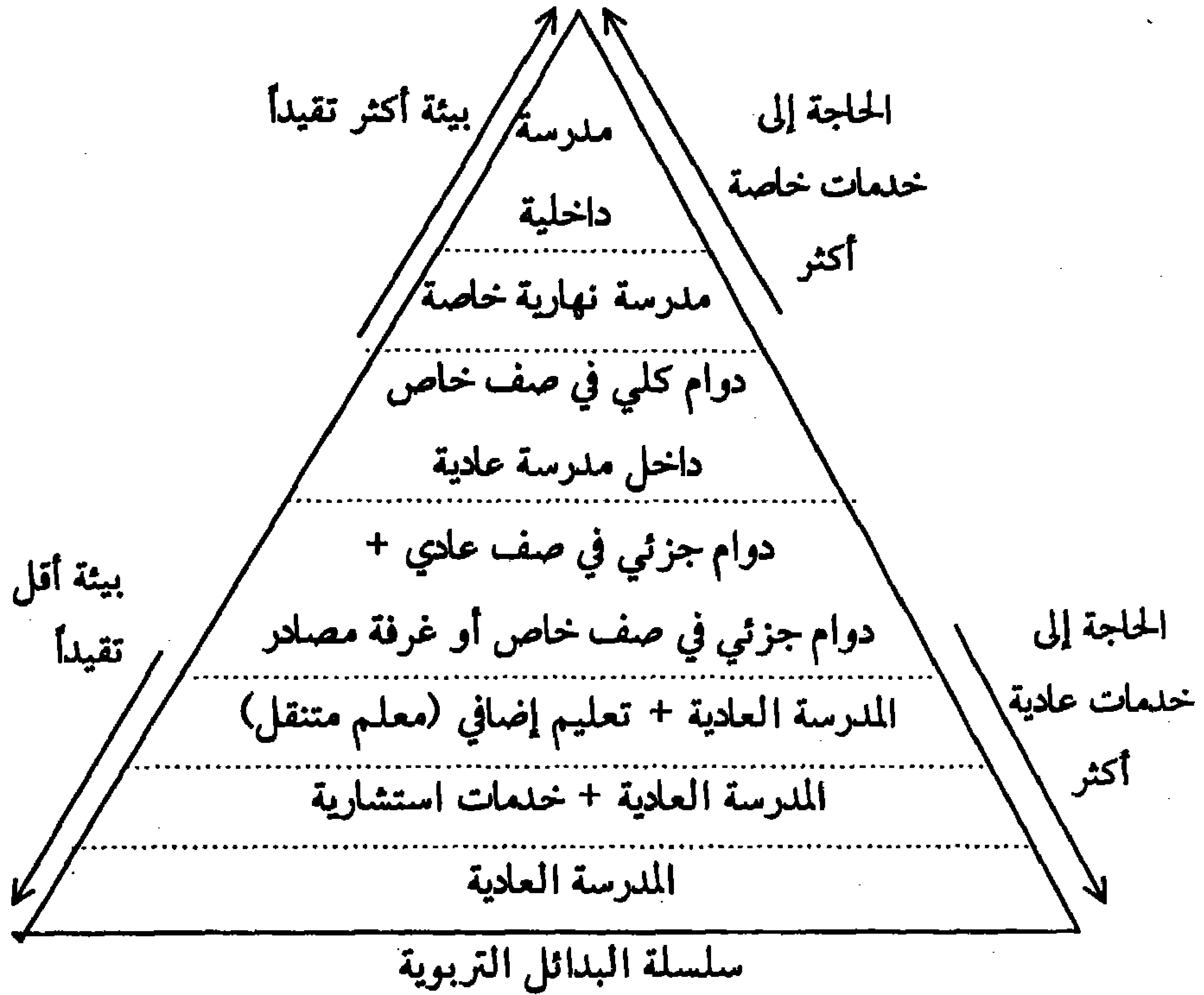
البرامج التربوية المقدمة للمعاقين بصريا:

وهي طرق تنظيم تعليم وتربية المعاقين بصريا، ويمكن أن نميز في هذا المجال اكثر من طريقة لتنظيم البرامج منها:

١- يتضح من الشكل أن المعوقين بصريا يتواجدون في المدرسة العادية ويستعينون ببعض المعينات البصرية والتعديلات الصفية الممكنة في ظروف المدرسة العادية، هؤلاء الأفراد يستطيعون الاستفادة من الخبرات العادية في المدرسة وقد يحتاجون بدرجات متفاوتة إلى خدمات استشارية يقدمها أخصائي التربية الخاصة للمعلم العادي.

٢- هناك مرونة في المكان التربوي للفرد، بمعنى أنه ينتقل من مستوى إلى آخر حسب قدراته وحسب الخدمات المتوفرة في منطقته الجغرافية.

٣- كلما انتقل الطفل إلى أعلى الهرم في المكان التربوي، زادت حاجاته الخاصة وانتقل إلى بيئة أكثر تقيدا، أي بيئة مصممة خصيصا لتلبية حاجاته الخاصة، وهذه البيئة عادة تختلف عن البيئة العادية ويبتعد الفرد فيها عن الناس العاديين.



سلسلة البدائل التربوية

إذن طرائق تنظيم البرامج التربوية منها:

١- مراكز الإقامة الكاملة للمعوقين بصريا.
٢- مراكز التربية الخاصة النهارية للمعاقين بصريا.
٣- دمج المعوقين بصريا في صفوف خاصة ملحقة بالمدرسة العادية.
٤- دمج المعوقين بصريا في الصفوف العادية في المدرسة العادية.

العناصر الرئيسية للمنهاج:

تشمل مناهج الأطفال المعوقين بصريا، إضافة إلى الأهداف التربوية التي يتوخى تحقيقها في تربية الأطفال، أهدافا إضافية خاصة لا يحتاج إليه الأطفال المبصرون، وهذه الأهداف الإضافية هي:

١- تنمية الاستعداد للدراسة.
٢- استثمار القدرات البصرية المتبقية.
٣- تطوير مهارة الاستماع.

٤- تطوير مهارة الحركة والتنقل.
٥- تنمية المهارات الحياتية اليومية ومهارات العناية بالذات.
٦- تطوير مهارات التواصل.
٧- استخدام الأدوات والمعدات الخاصة.

من أساليب التواصل التي يستخدمها المعوقين بصريا ما يلي:

أولا: مهارة القراءة والكتابة (طريقة برايل للقراءة والكتابة)

تقوم طريقة برايل على تحويل الحروف المجائية إلى نظام حسي ملموس من النقاط البارزة والتي تشكل بديلا لتلك الحروف الهجائية، وتعتبر الخلية هي الوحدة الأساسية في تشكيل النقاط البارزة حيث تتكون الخلية من ست نقاط على الشكل التالي:

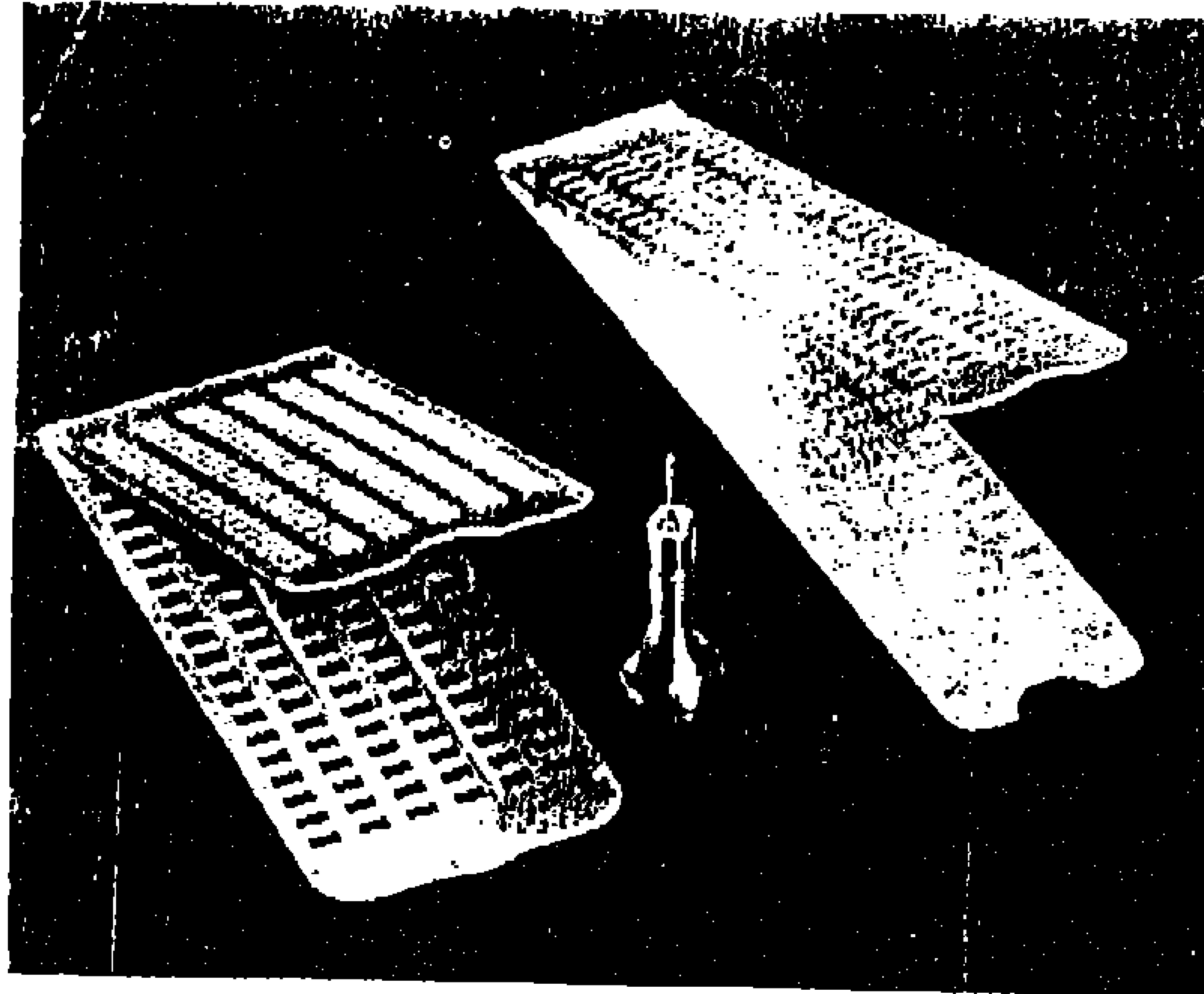
١.	. ٤
٢.	. ٥
٣.	. ٦

خلية برايل

ويمثل الشكل الخلايا الممثلة للحروف الهجائية وللأرقام وفق طريقة برايل.

- أدوات كتابة برايل:

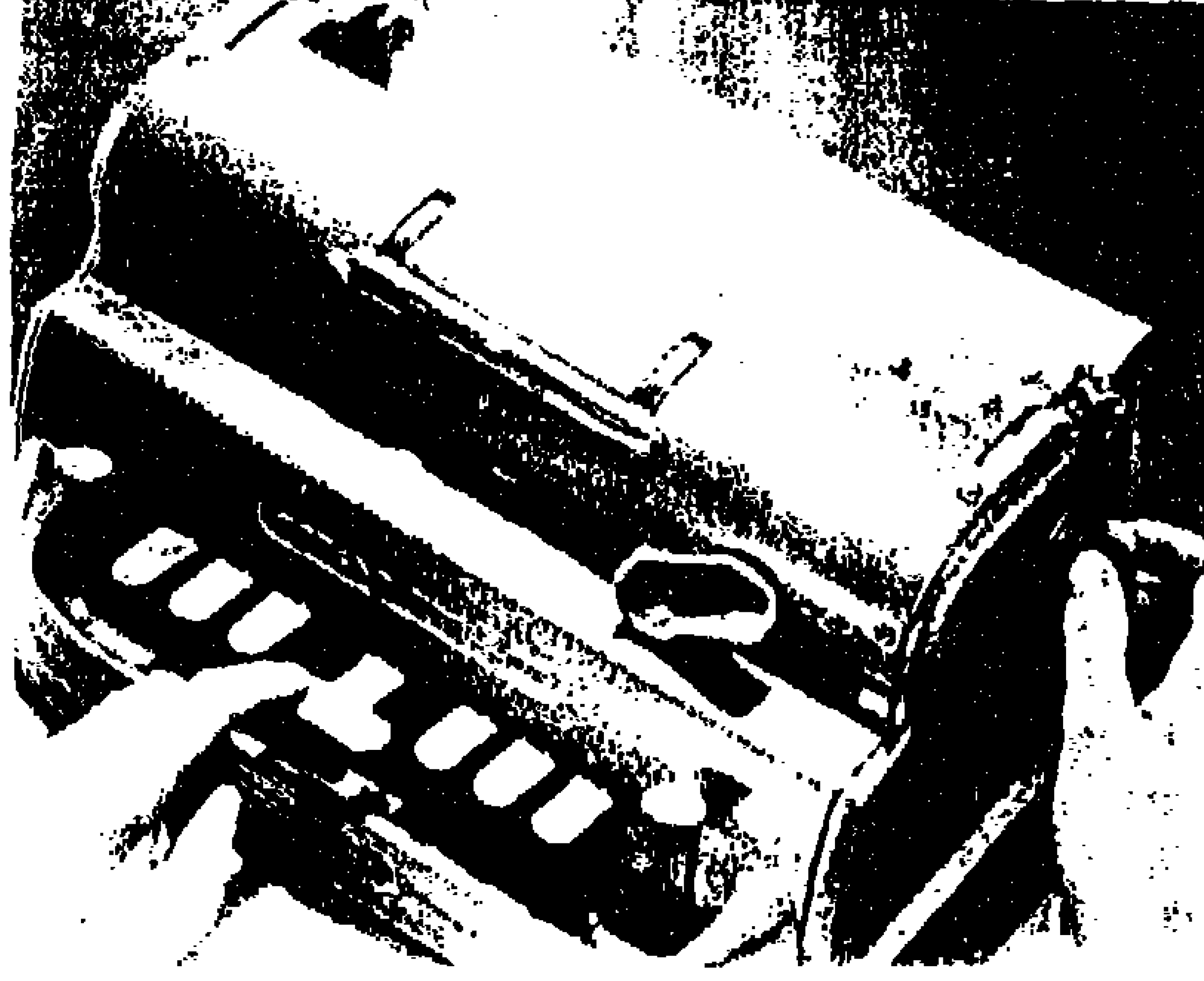
يعتمد المعاقون بصريا على كل من آلة برايل الكتابية ولوحة وقلم برايل بشكل أساسي في كتابة برايل سواء كان ذلك في المدرسة أو في المنزل أو مكان العمل.



لوحة وقلم الكتابة ببرايل

- **آلة برايل الكتابية:**

تعتبر آلة بيركز لكتابة برايل التي تم تطويرها في مطابع هاو بمعهد بركنز للمكفوفين في بوسطن عام ١٩٥٠م من أفضل الآلات المستخدمة في كتابة برايل لأنها مصممة بحيث تحافظ على سلامة النقط وسلامة الورقة عند تحريك الورقة إلى أعلى وأسفل.

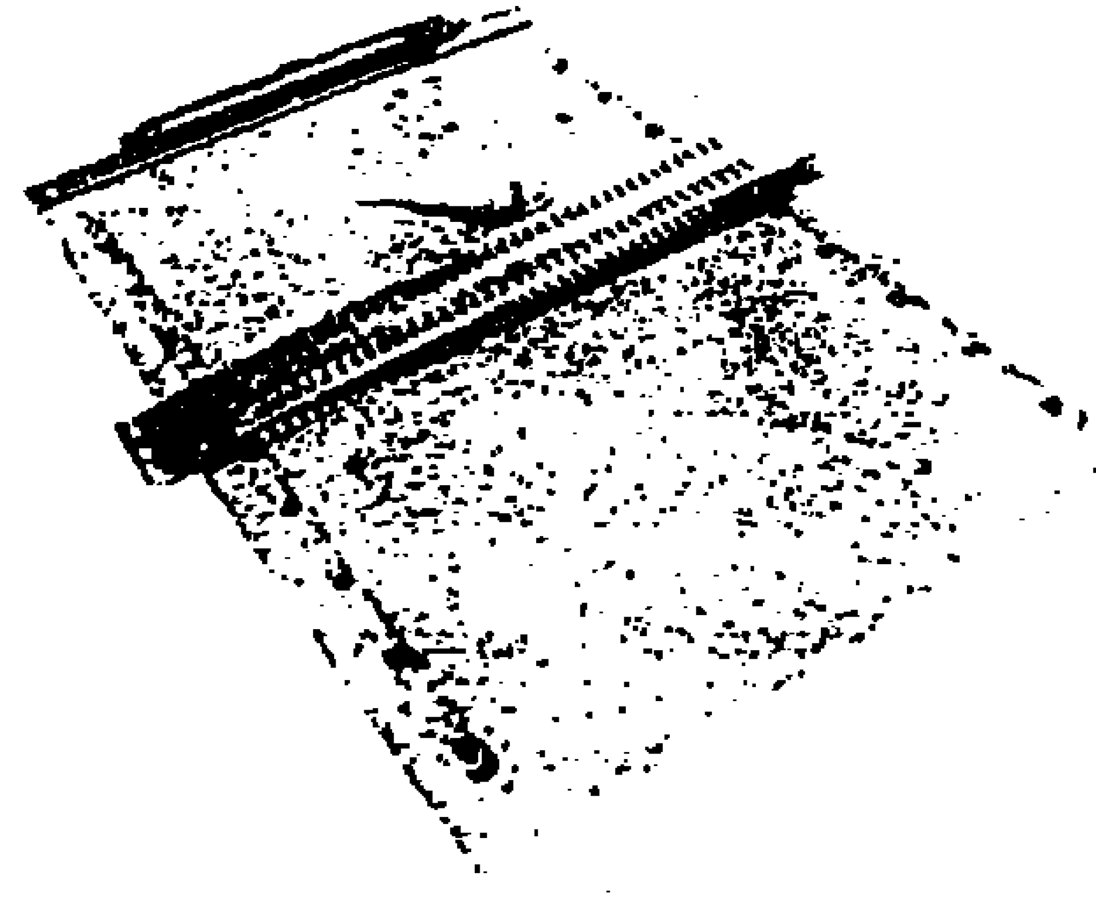


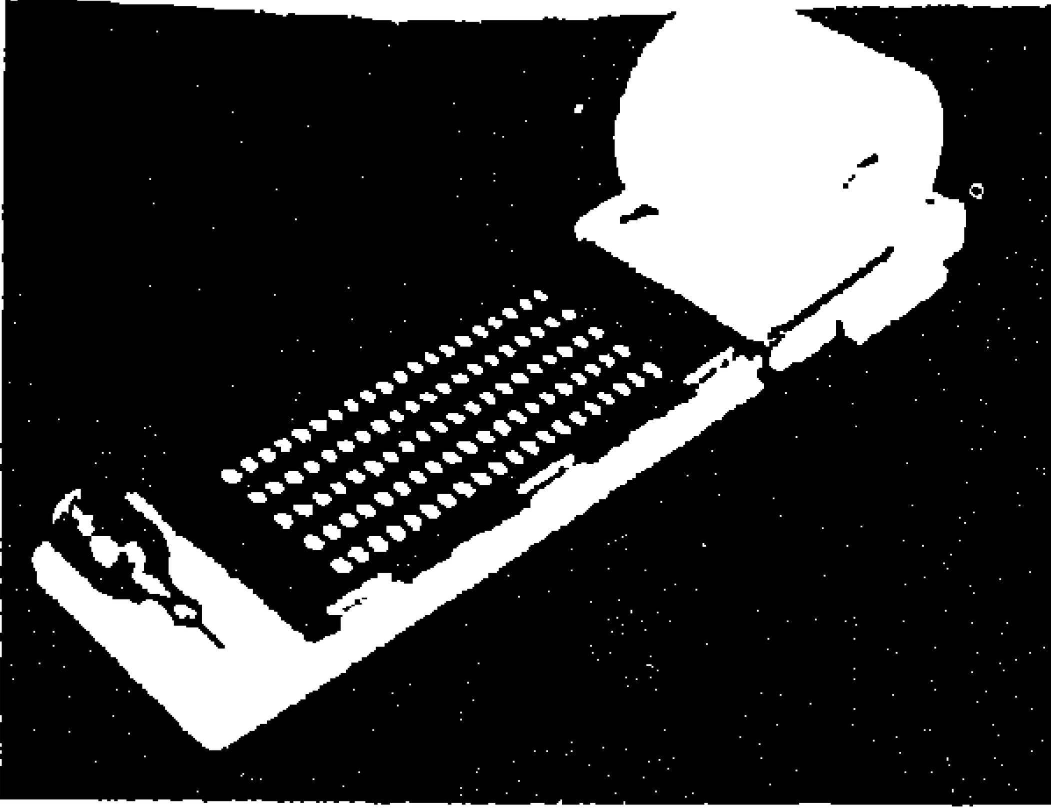
آلة بيركنز

- **لوحة برايل والقلم:**

لوحة برايل عبارة عن إطار معدني أو بلاستيكي يثبت على الورقة الخاصة بكتابة برايل، واللوحة مكونة من جزئين جزء خلفي ويشتمل على مجموعات من خلايا برايل، ويوجد لكل خلية ست نقاط مضغوطة، أما الجزء الثاني فهو الجزء الأمامي ويوجد عليه عدد من المستطيلات العمودية المفتوحة وتشتمل على ست فجوات كل فجوة متصلة بواحدة من النقط الست.

أما القلم فهو يشبه المثقاب الذي يستخدم في صناعة الأحذية إلا أنه مدبب الطرف ويستخدم القلم في ضغط النقطة في الوضع المناسب لكل خلية كما في الشكل.





- **الآلة الكاتبة:**

تعتبر الكتابة على الآلة الكاتبة من المهارات الأساسية التي يجب أن يتقنها المعاقين بصريا سواء كانوا مكفوفين كليا أم مبصرين جزئيا، ويمكن للكفيف كليا أن يستخدم نفس الآلة الكاتبة التي يستخدمها المبصر وذلك بعد التدريب على استخدامها، أما ضعيف الإبصار فهو في حاجة إلى أن يستخدم الآلة الكاتبة ذات الخط الكبير حتى يتسنى له قراءة ومراجعة ما يكتب.

- **الاوبتكون (Optacon):**

هو أداة الكترونية تقوم بتحويل الكلمة المطبوعة إلى بديل لمسي.

- **جهاز فيرسابريل(Versa Braille):**

يعمل الجهاز بطريقة مشابهة لعمل الكمبيوتر فهو يقوم بتخزين وتبويب وتنظيم المعلومات بطريقة برايل كما يمكن إضافة أو حذف واستبدال الكلمات ا زنة فيه، إضافة إلى استدعاء المعلومات التي سبق تخزينها عند الحاجة اليها، يمكن توصيل الجهاز بطابعة وتحويل النص المكتوب بطريقة برايل إلى الكتابة العادية، كذلك يمكن توصيل آلة برايل الطابعة بهذا الجهاز ليتم عن طريقها تحويل النص المخزن على الشريط إلى ورق برايل العادي.

ثانيا: مهارة الاستماع وأجهزة التسجيل.

تعتبر أجهزة وأشرطة التسجيل من المعينات السمعية التي يستخدمها المعاقون

بصريا في تسجيل المواضيع الدراسية والاستماع إليها، بالإضافة إلى استخدامها في تسجيل الأسئلة والإجابة عليها، وفي أداء الواجب المدرسي كالمطالعة والتعبير وغيرها من الواجبات المدرسية.

آلة كرزويل للقراءة (Kurzwell Reading Machine) :

تعتبر آلة كرزويل للقراءة من التقنيات الأكثر تعقيداً للمكفوفين، تشبه هذه الآلة آلة التصوير حيث يوضع الكتاب عليها وتعمل كاميرا على تصوير ما هو مكتوب على الصفحات ويقوم الكمبيوتر بقراءته بصوت مسموع، ويعمل الكمبيوتر في هذا الجهاز وفق القواعد اللغوية المخزونة في ذاكرته، ويتمتع الجهاز بإمكانات كبيرة تتيح فرص تعلم جيدة للقارئ، فإذا أراد القارئ تحديد كلمة في صفحة معينة يستطيع الوصول إليها عن طريق تعلم استخدامات الجهاز، ويتطلب استخدام الجهاز تدريبا كافيا على كل الملحقات والمفاتيح ليتمكن الفرد من الاستفادة منه بشكل جيد.

ثالثا : مهارة فن الحركة.

تعتبر مشكلة الانتقال من مكان لآخر من أهم المشكلات التكيفية والتي تواجه المعاق بصريا، وخاصة ذوي الإعاقة البصرية الشديدة (الكفيف كليا)، لذا يعتبر اتقانه لمهارة فن الحركة، من المهارات الأساسية في أي برنامج تعليمي تربوي للمكفوفين يعتمد على حاسة اللمس اعتمادا أساسيا في معرفة اتجاهه، وقد يوظف حاسة اللمس تلك في توجيه ذاته، فقد يحس بأشعة الشمس، أو الرياح، ويوظف تلك المعرفة في توجيه ذاته نحو الشرق (صباحا) ونحو الغرب (مساء) كما قد يوظف حاسة السمع في توجيه ذاته نحو مصدر الصوت.

ويتم تدريب الطلاب المعوقين بصريا على مهارة فن الحركة باستخدام التدريب الفردي، حيث أن لكل طفل قدراته الخاصة، وهناك بعض الأساليب المستخدمة لتدريب المفكوفين منها:

١- المرشد المبصر.

٢- العصا البيضاء.

٣- الكلاب المرشدة.

٤- النظارة الصوتية.

٥- الأجهزة الصوتية منها التي يوضع حول العنق، أو الذي يحمل باليد.

٦- عصا الليزر.

رابعا : مهارة إجراء العمليات الحسابية بطريقة الابكس (ABACUS).

يعتبر العداد الحسابي من الآلات اليدوية القديمة في إجراء العمليات الحسابية، فقد ظهرت هذه الآلة في دول شرق آسيا والصين واليابان وما زالت مستعملة حتى الآن، وقد طورت هذه الآلة لتساعد المعاقين بصريا على إجراء العمليات الحسابية كالجمع والطرح والضرب والقسمة للإعداد والكسور، كذلك حساب النسبة والجذر التربيعي.

- لوح تيلر أو طريقة تيلر :

الاختلاف بين طريقة تيلر في الحساب وبرايل في الكتابة هو اختلاف في شكل الوحدة الأساسية للطريقة، وفي طريقة برايل للكتابة تتكون الوحدة من ست نقط، أما في طريقة تيلر للحساب فتتكون من نجمة ذات ثماني زوايا يمكن عن طريق الضغط على مواضع مختلفة من هذه النجمة أن نحصل على تكوينات أو تركيبات مختلفة لكل منها مدلول حسابي.

- الآلة الحاسبة الناطقة :

هي عبارة عن آلة حاسبة مزودة بجهاز لتسجيل العمليات الحسابية ونطقها فورا، وبذلك يتمكن المعاق بصريا من إجراء جميع العلميات الحسابية على هذه الآلة الحاسبة الناطقة التي تقوم باعطائه النتائج فور الانتهاء من إجراء العمليات الحسابية، وقد تزود هذه الآلة بسماعة اذنية تستخدم اذا أراد المعاق بصريا القيام بعمليات حسابية يسمعها هو فقط دون الآخرين.

خامسا : مهارة استعمال ما تبقى من القدرة البصرية.

يقصد بذلك تنمية مهارة ما تبقى لـدى المعـاق بصريـا مـن قـدرة بصريـة، اذ تتمكن نسبة من المعاقين بصريـا مـن قـراءة الكلمـات المطبوعـة بـالقدرة البصريـة المتبقية لديهم، وقد تم تنمية هذه المهارة بعدة طرائق منها استخدام النظارات المكبرة، أو استخدام الكتب المطبوعة مقارنة مع طريقة برايل أو الاوبتكون.

- الكتابة اليدوية :

من الضروري لضعيـف البصـر أن يتعلـم الكتابـة اليدويـة ويعتمـد عليـها بشكل أساسي في تعليمه المدرسي سواء كان التعليم في إحـدى فصـول أو مـدارس التربية الخاصة، أو مندمجا في أحد فصول المدارس العادية مع المبصريـن، وأشـار ريـان (١٩٨١م) إلى أن الطالب ضعيف الإبصار يستخدم في الكتابة اليدوية نفس الأدوات التي يستخدمها الطالب المبصر، والاختلاف الوحيد بينهما هو أن ضعيـف الإبصـار يستخدم الأقلام ذات الخط الأسود الغامق الكبـير والـورق ذي اللـون البرتقـالي أو الأصفر الفاتح والسطور الواضحة المتباعدة.

سادسا : مهارة استعمال الحاسوب.

يقصد بذلك تنمية مهارة استخدام الحاسوب في الحصول على المعلومات مـن قبل المعاقين بصريا، ففي عام ١٩٧٥م بدأ قسـم الحاسـوب في جامعـة ولايـة متشجـان الأمريكية بالعمل والبحث في مشروع اللغة الصناعية أو ما يسمى باللغـة المنطوقـة أو المكتوبة باسـتعمال الحاسـوب، وهـذه اللغـة تشبـه إلى حـد كبـير اللغـة العاديـة الطبيعية ويهدف المشروع إلى تطوير نظام صوتي بديل عن نظام الصوت الإنسـاني الطبيعـي ليسـاعد الأفـراد ذوي المشكـلات البصريـة علـى الاتصـال مـع الآخريـن كالمكفوفين والصم والمصابين بالشلل الدماغي وذوي المشكلات التعبيرية اللغوية.

الفصل الخامس

الإعاقة السمعية

تعريف الإعاقة السمعية.

تصنيفات الإعاقة السمعية.

الجهاز السمعي عند الإنسان.

أسباب الإعاقة السمعية.

نسبة الإعاقة السمعية.

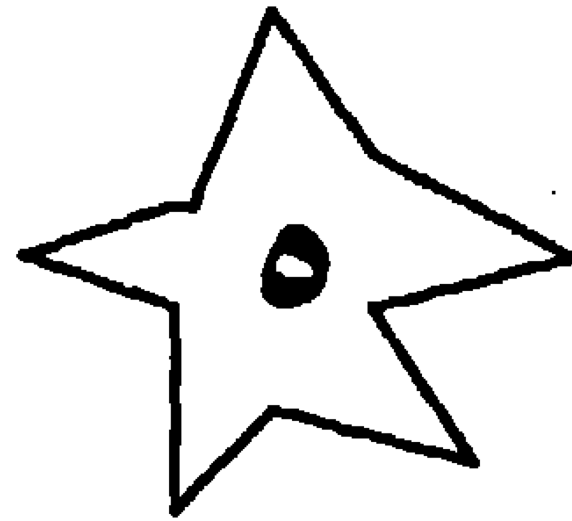
قياس وتشخيص المعاقين سمعياً.

خصائص المعاقين سمعياً.

البرامج التربوية للمعاقين سمعياً.

الاستراتيجيات لتعليم المعاقين سمعياً.

- الاستراتيجيات التعليمية للأطفال ضعاف السمع.
- الاستراتيجيات التعليمية للأطفال الصم.



الفصل الخامس

الإعاقة السمعية

Hearing Impairment

مقدمة:

أخذت المجتمعات في عالمنا المعاصر بالعناية بالمعاقين سمعياً ومساعدتهم والأخذ بيدهم للتخفيف من المعاناة التي هم فيها، وقد عمد الباحثون إلى ايجاد الوسائل الكفيلة بتحسين حالة هؤلاء ليكونوا إلى حد ما بمستوى الأصحاء، وأن من المسلمات التربوية أن لكل طفل الحق في الحصول على التعليم، لا فرق بين سوي ومعوق، كما أن أغراض التربية وأهدافها متماثلة في جوهرها بالنسبة لجميع الأطفال رغم أن التقنيات اللازمة لمساعدة تقدم كل طفل على حدة قد تختلف قوة ومقداراً حسب نوعية الطفل ودرجة إعاقته.

تعريف الإعاقة السمعية:

يضم التعاريف التي تقوم على ما أوصي به مؤتمر البيت الأبيض عن صحة الطفل والذي عقد عام ١٩٣٦م وأوصى بالتعاريف التالية:

١- **الأطفال الصم** (Deef) : هم اولئك الذين يولدون فاقدين للسمع تماما، أو يفقدون السمع بدرجة تكفي لاعاقة بناء الكلام واللغة، وأيضا الأطفال الذين يفقدون السمع في مرحلة الطفولة المبكرة قبل تكوين الكلام واللغة بحيث تصبح القدرة على الكلام وفهم اللغة من الاشياء المفقودة بالنسبة لهم للأغراض العملية.

٢- **ضعاف السمع** (Hard of Hearing) : هم اولئك الأطفال الذين تكون قد تكونت لديهم مهارة الكلام والقدرة على فهم اللغة، ثم تطورت لديهم بعد ذلك الإعاقة في السمع، مثل هؤلاء الذين يكونون على وعي بالأصوات

ولديهم اتصال عادي أو قريب من العادي، بعالم الأصوات الذي يعيشون فيه.

أما الروسان ١٩٩٦م فيعرف الإعاقة السمعية بما يلي:

١- **الطفل الأصم** (Deaf Child) : هو ذلك الطفل الذي فقد قدرته السمعية في السنوات الثلاث الأولى من عمره كنتيجة لذلك فلم يستطع اكتساب اللغة، ويطلق على هذا الطفل مصطلح الأصم الأبكم (Deaf Mute Child).

٢- **الطفل الأصم جزئيا** (Hard of Hearing) : فهو ذلك الطفل الذي فقد جزءا من قدرته السمعية وكنتيجة لذلك فهو يسمع عند درجة معينة، كما ينطق وفق مستوى معين يتناسب ودرجة إعاقته السمعية.

تصنيفات الإعاقة السمعية :

تصنف الإعاقة السمعية وفق بعدين رئيسيين:

١- **العمر الذي حدثت فيه الإعاقة السمعية**، وتصنف وفق هذا البعد الى:

أ- صمم ما قبل اللغة (Prelingual Deafneas) : يطلق على هذا التصنيف تلك الفئة من المعاقين سمعياً الذين فقدوا قدرتهم السمعية قبل اكتساب اللغة اي قبل سنة الثالثة، وهذا يترك آثارا سلبية على نمو الطفل اللغوي لأنه يفقد كثيرا من المثيرات السمعية، مما يؤدي إلى محدودية خبراته وقلة تنوعها، ويكون غير قادر على تعلم الكلام واللغة، والطفل الذي يولد أصما معرض لأن يصبح أبكما اذا لم يحصل على تدريب خاص في استخدام اللغة، وفي العادة يلتحق هؤلاء الأطفال بمدارس خاصة تقدم لهم خدمات تربوية وتعليمية خاصة بهم.

ب- صمم ما بعد اللغة (Postlingual Deafneas) : يشير إلى الصمم الذي يصيب الأطفال بعد بلوغهم سن الخامسة اي بعد اكتسابهم الكلام واللغة، حيث تكون قد توفرت لديهم مجموعة من المفردات اللغوية وهم يستطيعون المحافظة عليها أو تقويتها اذا توفرت لديهم الرعاية التربوية اللازمة.

٢- **مدى الخسارة السمعية** : وتصنف الإعاقة السمعية وفق هذا البعد إلى أربع

فئات حسب درجة الخسارة السمعية والتي تقاس بوحدات تسمى ديسبل (Decible)، وقد وضع المكتب الدولي للسمع والصوت أربع مستويات في تحديد درجة فقدان السمع، وهذه المستويات هي:

أ- فئة الإعاقة السمعية البسيطة (Mild Hearing Impaired) : وتتراوح قيمة الخسارة السمعية لدى هذه الفئة ما بين ٢٠ - ٤٠ db، وهنا بعض أجزاء الكلمات لا تسمع جيدا، كذلك الصوت ضعيف.

ب- فئة الإعاقة السمعية المتوسّطة (Moderately hearing Impaired) : وتتراوح قيمة الخسارة السمعية لدى هذه الفئة ما بين ٤٠-٧٠ db، واستعمال آلة السمع ضرورية لأن الصوت العادي لا يسمع.

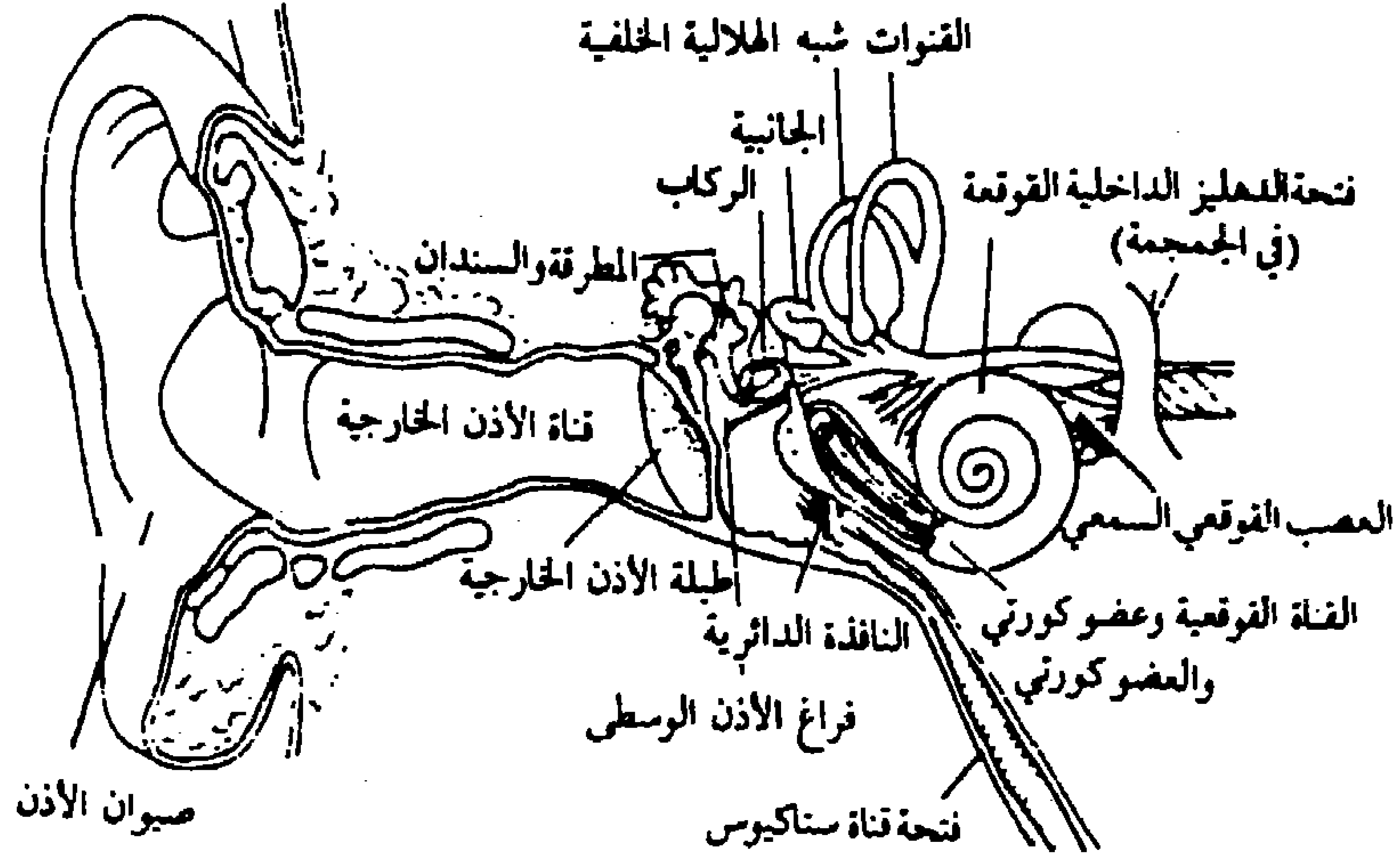
جـ- فئة الإعاقة السمعية الشديدة (Severely Hearing Impaired): تتراوح قيمة الخسارة السمعية لهذه الفئة ما بين ٧٠-٩٠ db، ينعدم سماع الكلام، واستعمال السماعة ضروري كذلك التدريبات الصوتية.

د- فئة الإعاقة السمعية الشديدة جدا (Profound Hearing Impaired): تزيد قيمة الخسارة السمعية لهذه الفئة عن db٩٢، يبقى الطفل أبكم اذا لم يتلقى تربية متخصصة، وإذا لم تتوفر له آلة السمع، وإذا لم تتبع عائلته النصائح والتوجيهات الضرورية.

الجهاز السمعي عند الإنسان :

وظيفة الجهاز السمعي عند الإنسان هو تحويل الإشارات الصوتية الخارجية المنبعثة من مصادر البيئة إلى خبرات مفهومة ذات معاني محدودة، وهذا الجهاز يتكون مما يلي:

١- الأذن الخارجية: وتمثل الأذن الخارجية الجزء الخارجي من الأذن وتتكون من صيوان الأذن، وتنتهي بطبلة الاذن، ومهمة الأذن الخارجية تجميع الأصوات الخارجية ونقلها إلى الأذن الداخلية بواسطة طبلة الاذن.



صورة الأذن

٢- الأذن الوسطى: وهي الجزء الاوسط من الاذن، وتتكون من ثلاث أجزاء رئيسية هي المطرقة، الركاب والسندان، ومهمة الأذن الوسطى نقل المثيرات الصوتية من الأذن الخارجية إلى الأذن الداخلية.

٣- الأذن الداخلية: وهي الجزء الداخلي من الأذن وتتكون من جزئين رئيسيين الدهليز والقوقعة، ومهمة الدهليز، والذي يشكل الجزء العلوي من الأذن الداخلية، المحافظة على توازن الفرد، أما مهمة القوقعة فهي تحويل الذبذبات الصوتية من الأذن الوسطى إلى إشارات كهربائية تنقل إلى الدماغ بواسطة العصب السمعي.

آلية السمع :

تتم آلية السمع في ثلاث مراحل :

١- **المرحلة الأولى :** في الأذن الخارجية : يقوم صيوان الأذن بالتقاط الذبذبات الصوتية وتجميعها، وتنتقل عبر القناة السمعية إلى الطبلة وتهتز الطبلة، وتعتمد شدة اهتزازها على شدة الذبذبات الصوتية وزخمها.

٢- **المرحلة الثانية :** في الأذن الوسطى تنتقل الذبذبات الصوتية من الطبلة إلى المطرقة المثبتة على جدار الطبلة من جهة الأذن الوسطى، وحسب مبدأ عمل الروافع تنتقل الذبذبات إلى السندان ومن ثم إلى الركاب إلى أن تصل بصورة مضخمة ومركزه إلى الفتحة أو النافذة البيضاوية حيث تكون هناك نقطة الالتقاء بين الأذن الوسطى والأذن الداخلية، من هنا نرى أن وظيفة العظيمات هي نقل الذبذبات وتضخيمها وتركيزها.

٣- **المرحلة الثالثة :** في الأذن الداخلية : تجري العملية في الأذن الداخلية خاصة قنوات القوقعة والتي تحول الذبذبات الصوتية إلى سيالات عصبية.

أسباب الإعاقة السمعية :

ترجع الاعاقات السمعية إلى مجموعة من الأسباب بعضها وراثي، والبعض الآخر يرتبط بعوامل ومؤثرات غير ذات اصل جيني، وبوجه عام تصنيف العوامل التي تؤدي إلى إعاقة في السمع إلى ثلاثة أنواع رئيسية طبقا للزمن الذي تحدث فيه الإصابة:

أ- عوامل تحدث قبل الولادة.

ب- عوامل تحدث أثناء الولادة.

جـ- عوامل تؤثر فيما بعد الولادة.

تتضمن العوامل التي تلعب دورها فيما قبل الولادة: تسمم الحمل، والولادة المبتسرة، (قبل الموعد الطبيعي)، والنزيف الذي يحدث قبل الولادة، والأمراض التي تصيب الأم أثناء الحمل كالحصبة الألمانية، والالتهابات التي تصيب الغدة النكفية، والزهري، وتناول الأم لبعض العقاقير الطبية أثناء الحمل مما يؤثر على الجهاز السمعي عند الجنين.

أما العوامل التي تصاحب عملية الولادة فتشمل: الولادة التي تطول مدتها، والولادة المتعثرة، وعدم وصول الاكسجين إلى مخ الجنين، والتهاب اغشية المخ التي قد تحدث للوليد، وإصابة الوليد بالالتهاب السحائي.

أما الأسباب الوراثية فهي تصلب أنسجة الاذن، عدم كفاءة العامل الرايزيسي RH، خلل في أعضاء الأذن الداخلية، إصابة العصب السمعي.

وهناك أسباب لا ترجع إلى أصول جينية منها استخدام العقاقير، والفيروسات، وأمراض تصيب الأذن الداخلية (مثل الحصبة، الانفلونـزا)، امراض تصيب الأذن الوسطى (صديد في الأذن الوسطى)، **كما يمكن تقسيم اسباب الإعاقة السمعية حسب مكان الإصابة في الأذن وهنا يمكن أن نميز مجموعات منها :**

١- فقدان السمع التوصيلي (Conductive Hearing Loss)

هو عبارة عن خلل يصيب الأذن الخارجية والاذن الوسطى مع بقاء الأذن الداخلية سليمة، ولا تكون الإعاقة في إدراك الأصوات وتمييزها وإنما في توصيل الأصوات إلى جهاز التحليل الداخلي، وغالبا ما تكون الخسارة السمعية اقل من ٦٠ وحدة ديسبل والتي ترجع إلى أسباب منها وجود انسداد في قناة الأذن الخارجية وينتج عن وجود مادة شمعية جافة أو جسم غريب، مثل حصاة أو خرزة، أو يكون خلقيا أو ناتجا عن التهابات جلدية، كذلك وجود ثقب في طبلة الأذن نتيجة التهابات الأذن الوسطى أو حادثة أو صفعة على الأذن، أو وجود التهابات في الأذن الوسطى (خروج صديد من الاذن)، أو وجود التهابات في اللوزتين واللحمية خلف الأذن وانتشارها إلى الأذن (أو سد قناة استاكيوس)، أو تصلب عظمة الركاب وهو مرض وراثي يصيب الإناث ويسمى الاوتوسكلروزز (Otosclerosis).

٢- فقدان السمع الحسي العصبي (Sensorineural Hearing Loss)

وهو ناتج عن خلل يصيب الأذن الداخلية، وعلى الرغم من سلامة الأجزاء الأخرى من الأذن فإن المشكلة تكمن في تحليل الصوت وليس في توصيله، وغالبا ما تكون الخسارة السمعية اكثر من ٦٠ db، ومن أسبابه الأسباب الوراثية منها عدم اكتمال تكوين الأذن الداخلية في الجنين أو ضعف الخلايا السمعية أو ضمور العصب السمعي، كذلك الأسباب المكتسبة -الأمراض- منها التهاب السحايا والتهاب الدماغ وكسر الجمجمة، أمراض السرطان، والأمراض الفيروسية مثل الحصبة، كذلك نقص الأكسجين أثناء الولادة أو تناول الأدوية بدون استشارة الطبيب، أو الضجيج العالي وثقب الطبلة أو إصابة الأم بمرض الزهري.

٣- فقدان السمع المختلط (Mixed Hearing Loss)

هو عبارة عن فقدان سمع توصيلي وفقدان حسي عصبي، ويتكـون هـذا النـوع نتيجة لوجود خلل في أجزاء الأذن الثلاث أو في جزئية معا، وأسبابه وأعراضـه جميـع أعراض التوصيلي والعصبي.

٤- الإعاقة السمعية المركزية (Central Hearing Loss)

تشمل الخلل الواقع بين منطقة المـخ والقشـرة الدماغيـة وقـد تحـدث نتيجـة لحدوث مرض السرطان أو التهاب السحايا.

٥- الإعاقة السمعية غير العضوية أو النفسية(Non Organice Impairment)

تحدث هذه الإعاقة نتيجة لظروف نفسية بيئية مختلفة وليـس نتيجـة لأسباب عضوية مثل الظروف البيئية كالرسوب المدرسـي المتكـرر خاصـة في سـن المراهقـة، وتظهر كأسلوب دفاعي، أو كمنفذ للهروب من موقف معين مثل الخدمة العسـكرية أو الذهاب إلى المعركة.

نسبة الإعاقة السمعية:

يتمتع حوالي ٩٩٪ من الأفراد بالقدرة على السمع بشكل عادي ولكـن نسـبة من الأفراد تتراوح ما بين ٠,٥-١٪ لا يحظون بالقدرة على السمع لأسباب علة، وهـو ما يطلق عليه مصطلح الإعاقة السمعية.

قياس وتشخيص الأطفال المعاقين سمعيا:

أهمية قياس السمع:

إن معرفة حدة السمع في سن الطفولة المبكرة لها أهمية خاصة، لان هذه السن هي سن تكوين اللغة وتطورها ومعرفة الكلام، واي ضعف في السمع سيتدخل من غير شك في نمو اللغة عند الأطفل وعلى الثروة اللفظية والكلام والنطق.

خطوات التعرف على المعوق سمعيا:

١- على فريق التقييم متعدد التخصصـات أن يجـري تقويمـا تربويـا شـاملا لتقييـم

القـدرة العقليـة العامـة والتحصيـل الأكـاديمي الحـالي والسـلوك الاجتمـاعي والاتجاهات نحو فقدان السمع ومفهوم الذات، ويعتبر التقويـم الكـامل للنطـق واللغة عنصرا هاما وضروريا في التقويـم الـتربوي حيـث يجـب أن يتـم تحديـد مهارة الطالب في اللغـة الاسـتقبالية والتكاملية والتعبيرية ومـهارات النطـق القرائي وتطور اللغة وخصائص الكلام المنطوق.

٢- التأكد من أن جميع الاختبارات قد أجريت بطريقة التواصل الرئيسية لدى الطالب.

٣- الحصول على التاريخ التطوري والنمائي للطالب من الأهـل أو أوليـاء الأمـور، فمن المهم تحديد العمر الذي وقعت فيه الاصابة، كذلك يجب تحديد أو التعرف على تقبل المشكلات المحتملة واتجاهاتهم نحو المدرسة.

٤- الحصول على نتائج الفحوص والتوصيات من الطبيب المختص في مجال السمع.

٥- الحصول على نتائج الفحوص السمعية الكاملة والتوصيات من أخصـائي السـمع المؤهل، ويجب أن يشتمل التقرير على طبيعة الإعاقة والفقدان السمعي.

٦- مراجعـة التعريفـات والاجـراءات الخاصـة بـالتقييم الـتربوي للمعوقـين سمعيـاً والتأكد من تطبيقاتها.

٧- مراجعة جميع البيانات التي يجب استخدامها في تحديد ما اذا كان الطـالب معوقـا ام لا.

طرق قياس وتشخيص القدرة السمعية :

يمكن قياس وتشخيص القدرة السمعية وفق عدد مـن الطـرق، حيـث تقسـم الطرق إلى مجموعتين:

١- تمثل الطرق التقليدية في القياس للقدرة السـمعية ومنـها منـاداة الطفـل باسمـه، وطريقة سماع دقات الساعة.

٢- تمثل الطرق العلمية الحديثة في قياس القدرة السمعية، وغالبا ما يقوم بإجراء هذه الطرق أخصائي في قياس القدرة السمعية ويطلق عليه مصطلـح (Audiologist) وهي:

أ- طريقة القياس السـمعي الدقيـق (Pur Tone Audiometry) : وفي هـذه الطريقة يحدد أخصائي السمع درجة عتبة القدرة السمعية بوحدات تسـمى هيرتز (Hertz) والتي تمثل عدد الذبذبات الصوتية في كـل وحـدة زمنيـة، وبوحدات أخرى تعبر عن شدة الصـوت تسـمى ديسـبل (Decible) db، حيث يقوم الأخصائي بقياس القدرة السمعية للفرد بوضـع سماعـات الأذن على أذني المفحـوص، ولكـل أذن علـى حـدة، ويعـرض علـى المفحـوص أصواتا ذات ذبذبات تتراوح ما بـين ١٢٥-٨٠٠٠ وحـدة هـيرتز، وذات شـدة تتراوح ما بين صفر إلى ١١٠ وحدة ديسبل، وعلى ضوء ذلك يقرر الفـاحص مدى التقاط سماع المفحـوص للأصـوات ذات الذبذبـات والشـدة ، ويمثـل الجدول التالي درجات القدرة السـمعية مقاسة بوحدات الديسبل:

درجة القدرة السمعية	وحدات ديسبل
السمع العادي	٠ -٢٠
الإعاقة السمعية البسيطة	٢٠-٤٠
الإعاقة السمعية المتوسطة	٤٠-٧٠
الإعاقة السمعية الشديدة	٧٠-٩٠
الإعاقة السمعية الشديدة جدا	أكثر من ٩٢

ب- أما الطريقة الثانيـة مـن الطـرق العلميـة الحديثـة الـتي يسـتخدمها أخصـائي التشخيص فهي الطريقة المسماة باسم طريقة استقبال الكلام وفهمه (Speech Audiometry) ، وفي هذه الطريقة يعرض الفاحص أمـام المفحـوص أصواتـا ذات شدة متدرجة ويطلب منـه أن يعـبر عـن مـدى سماعـه وفهمـه للأصـوات المعروضة عليه.

جـ- أما الطريقة الثالثة فهي طريقة الاختبارات التربويـة المقننـة وفي هـذه الطريقـة يستخدم الأخصائي اختبارات التمييز السمعي المقننـة، ومنـها مقيـاس ويبمـان للتميز السمعي، ومقياس جولدمان فرستو ودكوك للتمييز السـمعي، ومقيـاس لندامود السمعي وتعتمد أساليب قياس المعاق سمعياً على اختبارات أدائية.

د- ومن الطرق الدقيقة الأخرى الطرق الكهروفيزيولوجية،عندما يكون عمر الطفل من سنتين إلى ثلاث سنوات، إن كان لا يعاني من اضطرابات عصبية ونفسية مرافقة فإن مقياس السمع لا بد وان يعطي منحنيات صحيحة دون الحاجة إلى الطرق الكهروفيزيولوجية، كما يمكن استعمال طرق رد الفعل أو ما يسمى طرق رد فعل التوجيه المقيدة (Reflexd Orientation Conditionne) ولكن كما في حالة الأطفال الأقل عمرا من الضروري في بعض الأحيان الاستعانة بالطرق الكهروفيزيولوجية لتحديد مستوى ما.

هـ- عندما يتراوح عمر الطفل بين ثلاث وست سنوات تكون الفحوصات تقريبا مشابهة لفحوصات الكبار ولكن بمساعدة (Conditionnment) بواسطة جهاز (Peepshow) أي ظهور صورة صغيرة على شاشة عندما يخرج الصوت المستعمل في الفحص، ويشير الطفل إلى الصور عندما يطلب منه ذلك بشدة صوتية محددة، لكن لا يمكن استعمال هذه الطريقة إلا إذا كان الطفل يملك الكلمات التي تمكنه من تعيين الأشياء الممثلة في الصورة المعروضة.

المؤشرات التي تدل على وجود إعاقة سمعية:

١- تظهر على المصاب عيوب في الكلام مع أصوات غير واضحة وغريبة، والالتزام بنبرة واحدة عند التحدث، أو بحذف بعض الحروف، وقد يتوقف الطفل عن إصدار الأصوات منذ الأشهر الأولى وهذا يرتبط بدرجة الإصابة لديه.

٢- يلاحظ أن الطفل المصاب بقصور في سمعه أن حالته الدراسية رديئة بوجه عام وعلى الأخص في الاختبارات الشفوية.

٣- عدم الانتباه والاهتمام بالأنشطة التي تطلب الاستماع ونشاطات شفهية، وهذا يتمثل بعدم الرغبة عند المصاب بالاتصال بالآخرين فيحب العزلة والانطواء.

٤- الشكوى من آلام في الأذن أو صعوبة في السمع، وعدم الارتياح لوجود أصوات غريبة في الأذنين أو رنين مستمر.

٥- الحرص على الاقتراب من مصادر الصوت ورفع صوت التلفاز والمذياع بشكل مزعج للآخرين.

٦- عدم الانتباه والاستجابة للمتكلم حين يتكلم بصوت طبيعي.

٧- يقوم بلف رأسه ويميل جانبا نحو المتكلم ليسمع أكثر.

٨- أعراض البرد المتكررة وإفرازات الأذن وصعوبة في التنفس نتيجة الالتهابات الحادة في الأذن الوسطى أو في مجري التنفس.

خصائص المعاقين سمعيا:

لقد عملت أبحاث للتعرف على خصائص الطفل المعاق سمعيا، ونتيجة لإصابته بالإعاقة السمعية يترتب عليها آثار في خصائص هؤلاء الأشخاص، ومن تلك الآثار تأخر في النمو اللغوي، وتأخر في النمو العقلي والمعرفي، وتأخر في النمو اللفظي، وتأخر في النمو الانفعالي واضطرابات في التفاعل مع الأحداث واضطرابات في النمو الاجتماعي، وانحرافات خلقية، وفقدان المرونة في التفكير، واضطرابات في نمو الشخصية والمقدرة على التكيف.

وتأثيرات الإعاقة السمعية تختلف باختلاف عدة عوامل منها:نوع الإعاقة السمعية، وعمر الشخص عند حدوث الإعاقة، شدة الإعاقة، سرعة حدوث الإعاقة، القدرات السمعية المتبقية وكيفية استثمارها، الوضع السمعي عند الوالدين، سبب الإعاقة، الفئة الاجتماعية والاقتصادية وغير ذلك، ومهما يكن من أمر فمن المتوقع أن تؤثر الإعاقة السمعية على الخصائص النمائية المختلفة ذلك لأن مظاهر النمو مترابطة ومتداخلة.

١- الخصائص اللغوية:

نظرا لاعتماد النمو اللغوي على السمع وتأثره به فمن المهم أن ندرس الآثار اللغوية الناجمة عن القصور السمعي، اذ يعتبر ضعف الأطفال بقصور سمعي حاد أو شديد من المهارات اللغوية من أبرز المشاكل التي يعانون منها نتيجة لقصورهم، وعلى وجه التحديد فإن ضعف هؤلاء الأطفال وعجزهم عن فهم اللغة السائدة في بيئتهم أو التحدث بها من أخطر المشاكل التي يواجهونها، ولا يقلل من خطورة هذه المشكلة براعة الصم وخبرتهم في فهم واستخدام لغة الإشارة اليدوية المتداولة بينهم كمجموعة ذات خصائص واحدة، إذ أن خبرتهم هذه تعينهم على فهم اللغة السائدة في مجتمعهم أو التحدث بها، وهذا هو الفارق الأساسي بين الصم ومجتمع العاديين في سمعهم.

وقد قام لينبرج بايراد حجج يثبت من خلالها ما اسماه "بالمرحلة الحرجة"، والتي اقترحها كمرحلة لتعلم اللغة، وهذا الافتراض يوصي بأن الكلام أو التحدث هو وظيفة ناجمة عن تغيرات في الجهاز العصبي المركزي بحيث تحدث في مراحل حرجة وخطرة في نمو الطفل، فإذا لم يتم اكتساب اللغة خلال مدة الفترة الحرجة التي يكون الطفل فيها مبرمجا من الناحية البيولوجية لاكتسابها فإنه سيواجه صعوبات جمة في هذه العملية، إذ يستطيع الطفل الوليد العادي في سمعه خلال هذه الفترة اكتساب بعض القدرات والمهارات بفعالية اكبر وفي وقت اقصر وبجهد اقل منه في غيرها من الفترات.

كذلك مما يدلل على أثر الإعاقة السمعية على النمو اللغوي انخفاض أداء المعوقين سمعياً على اختبارات الذكاء اللفظية، مقارنة مع أدائهم على اختبارات الذكاء الأدائية، كما يذكر هلهان ١٩٨١م ثلاثة آثار سلبية للإعاقة السمعية على النمو اللغوي، خاصة لدى الأفراد الذين يولدون صما، وهي:

١- لا يتلق الطفل الأصم اي رد فعل سمعي من الآخرين، عندما يصدر اي صوت من الأصوات.

٢- لا يتلق الطفل الأصم اي تعزيز لفظي من الآخرين، عندما يصدر اي صوت من الأصوات.

٣- لا يتمكن الطفل الأصم من سماع النماذج الكلامية من قبل الكبار كي يقلدها.

إن ذلك يعني أن الطفل المعاق سمعياً محروم من معرفة نتائج أو ردود أفعال الآخرين نحو الأصوات التي يصدرها، وقد يكون ذلك هو السبب في وقف الطفل للأصوات التي يقوم بها في مرحلة المناغاة.

قام برانون ١٩٦٦-١٩٨٦م بدراسات لتحليل الاستجابات اللفظية للمعاقين سمعياً فوصل لنتيجة أن المعاقين سمعياً استخدموا عدد اقل من ظروف الزمان والمكان والأحوال في استجاباتهم، كذلك الضمائر والافعال المساعدة، وبصورة اقل مما استخدمه الأطفال العاديون في استجاباتهم.

أما بالنسبة للتركيب البنائي للغة المكتوبة فقد أظهرت الدراسات أن كتابات الصم اقل تركيبا وتعقيدا من كتابات العاديين، كما كانت اكثر صلابة وجفافا وأكثر امتلاءً بالأخطاء في القواعد والنحو من كتابات أقرانهم من الأطفال العاديين.

٢- الخصائص الجسمية والحركية:

لم يحظ النمو الجسمي والحركي لدى الأطفال المعاقين سمعياً باهتمام كبير من قبل الباحثين في ميدان الطفولة أو التربية الخاصة، لكن البعض يعتقد أن هناك ارتباط بين البناء الجسمي والتوافق مثل النمط الجسمي المعروف باسم (الجلدي) قد يرتبط بعدم الارتياح والشعور بالقلق، النمط الجسمي المعروف باسم العظمي يرتبط بالميول العدوانية والصرامة، وعلى أية حال، الافتراض هو أن مشكلات التواصل التي يعانيها المعاقون سمعياً تضع حواجز وعوائق كبيرة أمامهم لاكتشاف البيئة والتفاعل معها، وإذا لم يزود المعوق سمعياً باستراتيجيات بديلة للتواصل فإن الإعاقة السمعية قد تفرض قيوداً على النمو الجسمي.

لذا فالأشخاص المعوقين سمعياً لا يتمتعون باللياقة البدنية مقارنة مع الاشخاص العاديين، ويعاني المعاقين سمعياً من اضطراب في التآزر الحركي وتبلغ نسبة الأطفال المصابين بضعف التآزر الحركي نحو ٣٠٪ من مجموعة أطفال هذه الفئة.

ونعني باضطراب التآزر الحركي: يعتبر على العكس من اتساق التآزر الحركي أو يمكن وصفه بأنه سلوك يتم وفقاً لحركات منظمة ومخططة، كما يمكن وصف التآزر الحركي لدى شخص ما بقدرته على السيطرة على أطرافه والتنسيق بينها بسرعة ويسر، وعلى توجيه حركات وحفظها وتكرار إحداثها دون صعوبة، والقفز وثني الجذع إلى أعلى أو اسفل أو المشي، وكذلك الوظائف الحركية الدقيقة كالقدرة على الإمساك بالقلم والتقاط الاشياء الصغيرة بأطراف الأصابع وتحريك الفكين مع حركات النطق والكلام.

هذا ومن الصعوبة بالنسبة للأطفال المعاقين سمعياً ذوي الذكاء العادي والذين يعانون من اضطرابات في تآزرهم الحركي أن يتعلموا الكلام أو قراءة الشفاه أو استخدام البقايا السمعية استخداماً فعالاً ومثمراً.

٣- الخصائص العقلية:

لقد أوضح عدد كبير من الدراسات التي اهتمت ببحث مستوى الأداء الذهني والعقلي في الصم أن ذكاء الأطفال الصم يشبه في توزيعه وانتشاره ذكاء الأطفال العاديين، كذلك أوضحت هذه الدراسات أن متوسط الذكاء بين مجتمع المعاقين سمعياً

يعتبر مساوياً أو مشابهاً لنظيره بين افراد المجتمع العاديين، ولكن ذلك لا يعني القـول أن أنماط النمو الذهني والفكـري في الأطفـال المعـاقين سمعيـاً مطابقـة لنظرائـهم في الصغار والفتيان العاديين المتمتعين بحاسة السمع، إذ أن الحقيقة هي أن عجـز هـؤلاء الأطفال وقصورهم اللغوي يفوق بل يمنع احتمال تطابق هذه الأنماط بحيث تجعل من الضروري القيام ببناء وتطوير برامج تربوية خاصة تيسر نموهم الفكري.

ويشير كثير من علماء النفس الـتربوي إلى ارتبـاط القـدرة العقليـة بـالقدرة اللغوية، ويعني ذلك أداء المعاقين سمعياً من الناحية اللغوية، وذلك بملاحظة تدني أداء المعاقين سمعياً على اختبارات الذكاء، وذلك بسبب تشبع تلـك الاختبـارات بالناحيـة اللفظية، ويشير فـيرث وآخـرون ١٩٧٣م إلى تشابـه عمليـات التفكـير بـين الأطفـال العاديين والصم، بالرغم من الصعوبات التي يواجهها الصم في التعبير عـن بعـض المفاهيم وخاصة المفاهيم المجردة، كما يشير فـيرث أن الفـروق في الأداء بـين المعـاقين سمعياً، والعاديين تعود إلى النقـص الواضـح في تقديـم تعليمـات اختبـارات الذكـاء وخاصة اللفظية لدى الصم، لا إلى قدرات الصم العقلية، لذا يصعب اعتبار الصـم معاقين عقلياً على اختبـارات الذكـاء بسـبب النقـص الواضـح في قدراتـهم إلا إذا صممت اختبارات عقلية خاصة للصم.

٤- التحصيل الأكاديمي:

على الرغم مما ذكرناه من تشابه المعاقين سمعياً مع الأطفال العاديين في ذكائـهم العام وعملياتهم الذهنية إلا أن دراسات كثيرة قد أظهرت بوضـوح تخلـف المعـاقين سمعياً من الناحية التحصيلية التعليمية بالمقارنة مع تحصيل أقرانهم العـاديين، ويبلـغ هذا التأخر الدراسي في المتوسط العام من ثلاثة إلى خمسة أعوام، علمـاً بـأن مقـدار هذا التأخر يتضاعف مع تقدم عمر المعاقين سمعيا، وتعتبر مقدرة التلميذ على القراءة اكثر جوانب التحصيل الأكاديمي أهمية لذا نلاحظ التـأخر في التحصيـل الاكـاديمي خاصة في التحصيل القرائي، وذلك لاعتمادها الشديد على المهارات اللغوية.

وقد وجد فورث ١٩٧١م أن المتوسط العام لمسـتوى القـراءة بالنسبة للتلاميـذ المعاقين سمعياً لا يتعدى الصف الثالث الابتدائي، كما وجد جينتايل ودي فرانسيسكا

أن المعوقين سمعياً الذين بلغوا عمر السادسة عشرة لم يتجاوزوا في مهاراتهم القرائية اكثر من مستوى الصف الخامس الابتدائي، كما كانت حصيلتهم من المفردات اللغوية شبيهة بحصيلة تلميذ عادي في الصف الثالث الابتدائي، وذكر فورث أن ١٠٪ فقط من المعاقين سمعياً يستطيعون القراءة بمستوى أعلى من مستوى طالب عادي في الصف العاشر، كذلك زعم فورث أن نسبة صغيرة فقط من المعاقين سمعياً يجيدون فهم اللغة إلى حد كاف يمكنهم من قراءة كتاب مقرر على المستوى الجامعي، ويختلف مقدار التأخر الدراسي في الصم باختلاف الموضوعات الدراسية التي يدرسونها، فهم اقل تأخراً في الموضوعات التي تعتمد على المهارات الميكانيكية كالحساب وتهجئة الكلمات (الإملاء) على حين يزداد تأخرهم في المجالات التي تعتمد بصفة كبيرة على التفكير وأعمال الذهن مثل تناسق المعاني وتلاؤمها وترتيبها عند كتابة أو قراءة فقرة من الفقرات، كذلك فهم معاني الكلمات واختلافها من إطار لغوي إلى آخر وفهم العمليات الحسابية، وهذا يعني أن مهاراتهم المتصلة باللغة وعمليات التواصل اقل تقدما وانطلاقا من المهارات الحركية والحسابية.

إن استخدام الطرق التدريسية المتطورة في تعليم الأطفال الصم بالإضافة إلى تضاعف عدد الأطفال الذين يكتسبون المهارات اللغوية في المنزل أو في رياض الأطفال أو المدارس التمهيدية قبل التحاقهم بالمدارس بصفة رسمية قد يسهم في التخفيف من تأخرهم الدراسي.

إذن الاستنتاج العام هو أن المشكلات والصعوبات الأكاديمية تزداد بازدياد شدة الإعاقة السمعية، هذا مع العلم أن التحصيل الأكاديمي يتأثر بمتغيرات أخرى غير شدة الإعاقة السمعية مثل القدرات العقلية، والشخصية، والدعم الذي يقدمه الوالدان، والعمر عند حدوث الإعاقة السمعية، والوضع السمعي للوالدين، والوضع الاقتصادي والاجتماعي للأسرة.

٥- الخصائص الاجتماعية والانفعالية:

إن افتقار الشخص المعوق سمعياً إلى القدرة على التواصل الاجتماعي مع الآخرين وكذلك أنماط التنشئة الأسرية قد تقود إلى عدم النضج الاجتماعي

والاعتمادية، وقد استخدمت عدة دراسات مقاييس مختلفة للنضج الاجتماعي مثل مقياس فانيلاند وتبين أن أداء الأشخاص المعوقين سمعياً منخفض مقارنة بأداء الأشخاص العاديين.

ويعتمد التوافق النفسي والاجتماعي للمعاقين سمعياً اعتماداً كبيراً على قدراتهم ومهاراتهم في التخاطب والتواصل الفعال، وطبقا لتعريف التفاعل الاجتماعي للمعاقين سمعياً اعتماداً كبيراً على قدراتهم ومهاراتهم في التخاطب والتواصل الفعل، وطبقاً لتعريف التفاعل الاجتماعي واعتباره في الدرجة الاولى تبادلاً للأفكار بين اثنين أو اكثر من الناس فإن اللغة تعتبر حتى الآن اكثر وسائل التواصل شيوعاً على الإطلاق في نقل المعلومات وتبادل الأفكار بين مجتمع السامعين، ونظراً لهذه المنزلة الفريدة التي تتمتع بها اللغة بين وسائل التواصل واعتماد التفاعل الاجتماعي اعتماداً شديداً عليها فليس من العجيب إذن أن يرى كثير من الباحثين والمتخصصين اختلاف سمات المعاقين سمعياً وخصائصهم النفسية والاجتماعية عن سمات وخصائص العاديين، ففي دراسة أجريت على أطفال معاقين سمعياً تتراوح أعمارهم ما بين ٩-١٠ سنوات، وجد مايكل بست ١٩٦٠م إلى أن حوالي ١٠٪ منهم اقل دمجاً من الناحية الاجتماعية مقارنة مع العاديين، وأشارت مينو ١٩٨٠م إلى أن المعوقين سمعياً كثيراً ما يتجاهلون مشاعر الآخرين ويسيئون فهم تصرفاتهم ويظهرون درجة عالية من التمركز حول الذات.

من ناحية أخرى يرى الباحثين أن الدراسات التي أجريت حول السمات الشخصية والاجتماعية للمعوقين سمعياً قد أظهرت أن المعوقين سمعياً يعانون من عدم الثبات أو الاتزان الانفعالي بالإضافة إلى العصاب وسوء التوافق الاجتماعي وذلك بدرجة أعلى ما يعتبر عادياً بالنسبة لمن يتمتعون بحاسة السمع، أما دراسة بنتر فبينت أن المعاق سمعياً أميل للأنطواء وأقل حباً للسيطرة، كذلك أبحاث سبرنجر أيدت أن المعاق سمعياً عصابي، وأبحاث برادوي أثبتت أن النضخ الاجتماعي للطفل المعاق سمعياً يقل عن العادي بنسبة ٢٠٪ ومع نمو الطفل وتطوره فإن توقعات الوالدين قد لا يتم فهمها بسهولة ويسر، مما قد يؤدي بدوره إلى خبرات من الإحباط المتبادل بينه وبين والديه، وفي بعض الحالات قد يؤدي إلى قلق الوالدين بسبب الإحباط المتبادل

بنيه وبين والديه، وغالبا ما يؤدي هذا إلى عدم التكيف في ظل انعدام مهارات فهم اللغة والتعبير عنها.

ويرى ميدو أن الأطفال المعاقين سمعياً يعانون بصفة مطردة من مشكلات توافقية وبصورة اكبر من الأطفال العاديين، إذ يميلون إلى الصلابة والجفاف في تعاملهم كما يميلون إلى التمركز حول الذات والتهور والاندفاعية كذلك فئة من المعاقين سمعياً يميل أفرادها إلى إظهار ميل شديد إلى الحد من مستويات طموحهم رغبة في تفادي الإخفاق والفشل مفضلين ذلك على النضال والكفاح للوصول إلى مستويات عليا من الإنجاز والتقدم.

إذن يعاني المعاقين سمعا من مشكلات تكيفية في نموهم الاجتماعي والمهني وذلك بسبب النقص الواضح في قدراتهم اللغوية، وصعوبة التعبير عن أنفسهم، وصعوبة فهمهم للآخرين سواء أكان ذلك في مجال الاسرة أو العمل أو المحيط الاجتماعي بشكل عام، ولذا يبدو الفرد المعاق سمعياً كأنه يعيش في عزلة مع الأفراد العاديين الذين لا يستطيعون فهمه، وهم مجتمع الأكثرية الذي لا يستطيع أن يعبر بلغة الإشارة أو بلغة الأصابع، ولهذا السبب يميل المعاق سمعياً إلى تكوين النوادي والتجمعات الخاصة بهم، إذ تعتبر هذه النوادي والتجمعات ذات أهمية خاصة بالنسبة لهم، بسبب تعرض الكثير منهم لمواقف الإحباط التي تترتب على نتائج التفاعل الاجتماعي بين الأفراد العاديين والمعاقين سمعيا، ولهذا السبب نلاحظ ميل الأفراد الصم إلى المهن التي لا تتطلب الكثير من الاتصال الاجتماعي كالرسم والخياطة والتجارة والحدادة ... الخ.

أما عن الحياة الاجتماعية لكثير من الصم فإنها تتشابه كثيراً مع نظيرتها بمجتمع السامعين، فالفرد الأصم متوسط الحال يملك منزلاً كما أن له عملاً يؤديه ويجني منه رزقه، كذلك يتزوج وينجب أطفال يرعاهم ويربيهم، كما يمكن المشاركة في الحياة والأنشطة الاجتماعية.

وأشار سيلفر وسيمون إلى أن استخدام الطفل المعاق سمعياً الذي يعاني من احتباس الكلام (افيزيا) للفنون الجميلة كوسائل للاتصال والتعبير تمكنه من

التذكر، والتخيل، وقدرات التحصيل والتعميم، كما يمكنه الرسم من الاكتشاف، وهذا يؤدي إلى إشباع حاجاته الانفعالية، ويمنحه الفرصة للنمو العقلي، وتفجر طاقاته الابتكارية خاصة في المناخ الخالي من القلق والتدخل من قبل الآخرين.

البرامج التربوية للمعاقين سمعياً:

وهي طرق تنظيم وتعليم وتربية المعوقين سمعياً، ويمكن أن نميز في هذا المجال اكثر من طريقة من طرائق تنظيم البرامج التربوية ومنها:

١- مراكز الإقامة الكاملة للمعوقين سمعياً.

٢- مراكز التربية الخاصة النهارية للمعوقين سمعياً.

٣- دمج المعاقين سمعياً في صفوف خاصة ملحقة بالمدرسة العادية.

٤- دمج المعوقين سمعياً في الصفوف العادية في المدرسة العادية.

وهناك ثلاثة أنواع للتعليم المدرسي للأصم وضعيف السمع في الاتجاهات الحديثة:

١- المدارس العامة:

يستطيع المصاب بضعف بسيط في السمع الالتحاق بالمدارس العامة للأطفال الأصحاء، وقد يحتاج فقط إلى وضعه في الصف الأول ليكون قريباً من المدرس، وبإمكانه الاستمرار في التعليم ومنافسة أقرانه والمشاركة في كل النشاطات المدرسية والصفية والاجتماعية، ومن الضروري مراقبة تقدمه وعرضه للفحص الطبي لمعرفة إذا كان في حاجة إلى المعين السمعي.

٢- المدارس الخاصة بالصم:

يقبل في هذه المدارس الطلبة المصابين بالصمم بدرجة كبيرة في السنة السابعة من العمر، وهي مجهزة بكل الوسائل السمعية المتقدمة ومكبرات الصوت والمدرسين الأخصائيين في تعليم الصم.

٣- وحدة لضعاف السمع في المدارس العامة:

لقد دلت التجارب التربوية الحديثة في كثير من البلاد فوائد هذه الوحدات

التي تضم عدداً قليلاً مـن الطلبـة المصـابين بضعـف متوسـط في السـمع والذيـن يحتاجون إلى المعين السمعي وإلى أجهزة مكبرات الصوت خـاص في التعليـم الـذي يعتمد على إتقان اللغة، ولكن بوجودهم في المدارس العامة يشتركون مـع الأصحـاء في النشـاط المدرسـي وقـد يسـتطيع بعضـهم عندمـا يتحسـن مسـتواهم التعليمـي الاشتراك مع الطلبة الأصحاء في كثير من الدروس خاصة العملية منها.

وتعتبر مراكز الإقامة الكاملة في مراكز التربية الخاصة للمعوقين سمعياً، من أقـدم البرامج التربوية للمعوقين سمعياً ويميل الاتجاه التربوية الحديث إلى درج المعوقين سمعياً في الصفوف الخاصة الملحقة بالمدرسة العادية أو في الصفوف العاديـة في المدرسـة العاديـة، ولكل شكل مبرراته، ومهما كان طريقة التنظيم فهي تتضمن بعـض الطـرق والـبرامج الخاصة به، وذلك لتقديم المساعدة الضروريـة للأطفـال المعوقـين سمعيـاً للتغلـب علـى مشكلاتهم السمعية والتعليمية، ربما كانت أهم واجبات الأخصائي هي:

١- تدريب الأطفال المعوقين سمعيا على الاستخدام الصحيح للمعينات السمعية.

٢- تدريب الأطفال على السمع.

٣- تعليم الأطفال قراءة الشفاه.

٤- تصحيح عيوب النطق والكلام عند هؤلاء الأطفال.

الاستراتيجيات التعليمية للمعاقين سمعيا :

الأطفال المعاقين سمعياً يشكلون في الوقت الحاضر مشكلة تحـد للمتخصصـين والدارسين في تعليم وتربية المعوقين في التعليم الخاص، ومصدر هـذه العقبـة يعـود إلى فهم اللغة اللفظية وصناعة اللغة وإنشـاء اللغـة اللفظيـة، إن هـاتين المشكلتـين بمنتهى الصعوبة فاللغة هي وسيلة المعلم والمتعلـم، والمعـاق سمعيـاً إذا لم يسـمع مـن الولادة أو بعد الولادة بفترة كافية فإنه لن يستطيع المقـدرة علـى تكويـن اللغـة، إذن المعاق سمعياً لا يدرك حديث الآخرين، وإن كان بقدر من التدريـب يمكـن للشخـص الأصم من خلال حركة الشفاه التعرف على مـا يـدور أمامـه مـن نقـاش، وبصـرف النظر عن قدرته على السمع أو قدرته على إدراك كنـه الأحـاديث الـتي ينطـق بـها الآخرون ومع افتراض عجزه عن السمع أو تميز الأصوات فإن المعاق سمعياً قـد منـح

قدرة بصرية تمكنه من أن تعوض عن فقد السمع، وأول ما ينبغي توجيهه من خدمة نحو المعاق سمعياً هو تعليمه الكلام من خلال المعاهد المعدة لذلك، ولكي يتكلم الفرد فإنه يستعين بأعضاء وأنشطة مختلفة من جسمه، ولكل منها وظيفة غير الكلام منها الأسنان واللسان والشفتان والرئتان وعضلات الصدر والحجاب الحاجز ... الخ، وعندما يعرف أن عملية الكلام تحتاج إلى كل هذه الأعضاء فليس من المستغرب أن نجد أن الاضطراب في الكلام من اكثر حالات انتشاراً بين الأطفال، كما يجب أن تتاح لهم الفرص للمساهمة في الحياة بالقدر الذي تسمح به قدراتهم واستعداداتهم تحقيقاً لمبدأ تكافؤ الفرص وتنفيذاً لاتجاه الديمقراطية في مجال التربية والتعليم.

وتختلف استراتيجيات البرامج التعليمية اللازمة للأطفال الصم اختلافاً واضحاً عن الاستراتيجيات المستخدمة مع الأطفال الذين يواجهون مشكلات تعليمية ناتجة عن ضعف السمع، الأطفال ضعاف السمع لديهم القدرة على اكتساب مهارات الكلام والتقاط الأصوات المستخدمة في اللغة من خلال حاسة السمع حتى وإن كانت هذه الحاسة ضعيفة،المشكلة الرئيسية في تعلم هذا النوع من الأطفال تتمثل في محاولة تمكينهم من التعلم من خلال أساليب التعلم المستخدمة مع الأطفال العاديين، يمكن تحقيق هذا الامر في كثير من الأحيان باستخدام المعينات السمعية (Hearing Aids) وزيادة التركيز على تدريب هؤلاء الأطفال على القراءة الجهرية، الغالبية العظمى من هؤلاء الأطفال يستطيعون فهم واستيعاب المناهج التعليمية التي تصمم أصلاً لفصول الأطفال العاديين في السمع.

أولاً : الاستراتيجيات التعليمية للأطفال الضعاف السمع.

يتطلب وضع استراتيجية تعليمية ملائمة للأطفال ضعاف السمع تحقيق ثلاث مطالب أساسيه هي:

١- التعرف على حالات ضعف السمع.
٢- الفحص الكامل للأطفال ضعاف السمع والتأكد من حصولهم على العناية الطبية الكاملة.
٣- وضع وتخطيط البرامج التعليمية التي تتناسب مع الأطفال ضعاف السمع.

كما ذكرنا سابقاً هناك واجبات توكل إلى أخصائي التربية الخاصة في مجال الإعاقة السمعية وهي:

١- التدريب على استخدام المعينات السمعية:

تتطلب عملية استخدام الطفل الصغير للسماعة قدراً كبيراً من العناية والاهتمام، فالطفل يجب الا يستخدم السماعة طوال اليوم، وأفضل الأوقات أن يبدأ الطفل باستخدام السماعة داخل الفصل أثناء الدراسة على أن يكون ذلك تحت إشراف الأخصائي السمعي (Audiologist) بعد ذلك يمكن استخدام السماعة لفترة قصيرة من الوقت في ظل تعليمات محددة.

٢- التدريب السمعي (Auditory Training):

يقصد بالتدريب السمعي تدريب الطفل على الاستماع إلى بعض الأصوات التي يمكن للطفل التقاطها، والتدريب على التمييز بين الأصوات المختلفة، أو الكلمات، أو الحروف الهجائية، وتزداد الحاجة إلى التدريب السمعي كلما قلت الإعاقة السمعية، ومهمة مدرس التدريب السمعي تنمية المهارة باستخدام الطرائق والدلائل المناسبة، خاصة الدلائل البصرية والمعينات السمعية التي تساعد على إنجاح هذه الطريقة، ويذكر كارهارت ١٩٦٠م وساندرز ١٩٧١م أهداف التدريب السمعي وهي:

١- تنمية وعي الطفل المعاق سمعياً للأصوات.
٢- تنمية مهارة التمييز الصوتي لدى الطفل الأصم وخاصة بين الأصوات العامة غير الدقيقة.
٣- تنمية مهارة التميز الصوتي لدى الطفل الأصم وخاصة بين الأصوات المتباينة الدقيقة.

ويمكن لمدرس الصم أو أخصائي التدريب السمعي أو الآباء أن ينموا مهارة التدريب السمعي للطفل المعاق سمعياً من خلال عدد من التدريبات الصوتية والتي تؤدي إلى الأهداف المشار إليها، ويذكر سلفرمان ١٩٧١م، عدداً من التوجيهات المهمة في تطبيق أساليب التدريب السمعي، وهي:

١- تنمية مهارة التدريب السمعي لدى الأطفال الذين لديهم بقايا قدرة سمعية،

يعني ذلك أن لدى هؤلاء قدرة سمعية متبقية، ويمكن تنميتها من خلال برامج التدريب السمعي.

٢- تزداد فعالية التدريب السمعي لدى هؤلاء الأطفال المعاقين سمعياً كلما زادت فرص تعزيز الأطفال المعاقين سمعياً على التمييز بين الأصوات.

٣- تزداد فعالية التدريب السمعي كلما بدأ تدريب الأطفال المعاقين سمعياً في عمر مبكر.

٤- تزداد فعالية التدريب السمعي لدى الأطفال المعاقين سمعياً كلما وظفت مهارة التدريب السمعي في مهارات تعليمية ذات معنى بالنسبة للطفل الأصم نفسه.

٣- قراءة الشفاه (Lip Reading):

يقصد بقراءة الشفاه تعلم الأطفال المعاقين سمعياً استعمال الحاسة البصرية لفهم ما يقال لهم، فهم الكلام بواسطة ملاحظة اكثر من مصدر كتعابير الوجه، وبعض الحركات والايماءات الأخرى التي يمكن أن تضيف شيئاً من المعنى للكلام الصادر من هذا الشخص، وتستخدم قراءة الشفاه مع الأطفال المعوقين سمعياً بهدف تنشيط فهمهم لما يقوله لهم الآخرون.

ويشير ساندرز ١٩٧١م إلى طريقتين من طرق قراءة الشفاه لدى الأفراد المعاقين سمعياً هما:

أ- الطريقة التحليلية (Analytic Method) وفيها يركز المعاق سمعيا على كل حركة من حركات شفتي المتكلم ثم ينظمها معاً لتشكل المعنى المقصود.

ب- الطريقة التركيبية (Synthetic Method) وفيها يركز المعاق سمعياً على معنى الكلام اكثر من تركيزه على حركة شفتي المتكلم لكل مقطع من مقاطع الكلام، ومهما تكن الطريقة التي تنمى بها مهارة قراءة الشفاه، فإن نجاح الطريقة، أياً كانت يعتمد اعتماداً أساسياً على مدى فهم المعاق سمعياً للمثيرات البصرية المصاحبة للكلام، والتي تمثل تلك المثيرات البصرية أو الدلائل النابعة من بيئة الفرد، كتعبيرات الوجه، حركة اليدين، مدى سرعة المتحدث، مدى الموضوع للحديث، ومدى مواجهة المتحدث للمعاق سمعياً، والقدرة العقلية للمعاق سمعياً.

٤- علاج عيوب النطق والكلام (Speech Correction):

عدد كبير من الأطفال الذين يعانون من ضعف السمع قد لا يستطيعون سماع بعض الأصوات بدقة مما يترتب عليه وجود كثير من عيوب النطق والكلام لدى هؤلاء الأطفال يضاف إلى ذلك عدم قدرة مثل هؤلاء الأطفال على تكييف نغمة الصوت لديهم مع بقية الأصوات الأخرى، وقد نجد هؤلاء يلجأون إلى التحدث بصوت مرتفع للغاية نظراً لأنهم لا يسمعون أصواتهم، والطريقة المستخدمة في تصحيح بعض عيوب الكلام تتضمن ملاحظة أخطاء الطفل في بعض الكلمات، ثم القيام بجدولة هذه الكلمات ويقوم الطفل بقراءة الكلمات فيحدد الأخصائي مصادر الخطأ هل هي في بداية الكلمة أو في وسطها، أو نهايتها، ويقوم الاخصائي بتصحيح أخطاء الطفل عدداً من المرات حتى يقلع الطفل عن النطق الخاطئ.

ثانياً: الاستراتيجيات التعليمية للأطفال الصم.

من أساليب التواصل التي يمكن استخدامها في تعليم المعاقين سمعياً ما يلي:

١- التواصل الملفوظ (Oral Communication):

هذه الاستراتيجية التعليمية (الطريقة الملفوظة) تؤكد على المظاهر اللفظية في البيئة، وتتخذ من الكلام وقراءة الشفاه المسالك الأساسية لعملية التواصل، تلقى هذه المسالك تأييداً ومساندة من خلال تنمية مهارة القراءة والكتابة، وتنمية الجزء المتبقي من السمع من خلال المعينات السمعية والتدريب السمعي.

الكثير من النظم التعليمية في الدول المختلفة يبدأ بتعليم الطفل الاصم بشكل تقليدي في فصول تعتمد على أساليب التواصل الملفوظ، وبعدئذ يسمح للطفل باستخدام الأساليب اليدوية.

يرى بعض المربين أن قراءة الشفاه هي في أفضل الأحوال نوع من التخمين نظراً لأن عدد كبير من الكلمات في اللغة تشبه بعضها بعضاً عند النطق بها، وإن النجاح في قراءة الشفاه يفترض مقدماً وجود أساس لغوي مناسب، ومعرفة بقواعد اللغة، وثروة لفظية واسعة.

ونظراً للمشكلات والصعوبات لاستخدام قراءة الشفاه بدأ في السنوات الأخيرة باستخدام مدخل جديد يتضمن تجميعاً من الإشارات اليدوية وقراءة الشفاه وأطلق عليه (Cued Speech)، أثبتت هذه الطريقة فعاليتها إلى حد كبير في تحسين القدرة على إصدار الألفاظ عند الأطفال الصم.

وقد وجد تحسن مهارات هؤلاء الأطفال الأكاديمية وبصفة خاصة في القراءة، كما تحسن تحصيلهم الدراسي بوجه عام، ونمت قدراتهم على المشاركة في أنشطة الفصل الدراسي والمناقشات التي تدور فيه.

٢- التواصل اليدوي (Manual Communication):

التواصل اليدوي هو نظام يعتمد على استخدام رموز يدوية لايصال المعلومات للآخرين وللتعبير عن المفاهيم والأفكار والكلمات، ويشمل هذا النظام في التواصل استخدام:

أ- لغة الإشارة Sign Language:

هي نظام من الرموز اليدوية الخاصة تمثل بعض الكلمات أو المفاهيم أو الأفكار المعينة، تعتبر لغة الإشارة وسيلة للتواصل تعتمد اعتماداً كبيراً على الإبصار، وتعتبر لغة الإشارة ملائمة بصفة خاصة للأطفال الصم صغار السن حيث يكون من السهل عليهم رؤيتها، كما أنها لا تتطلب تنسيقا عضليا دقيقا لتنفيذها، ويستطع الأطفال صغار السن التقاط الإشارات بسهولة، كما أنهم يستخدمونها في التعبير عن أنفسهم.

وتغطي لغة الإشارة عدداً كبيراً من الموضوعات التي يمكن التعبير عنها بلغة الإشارة مثل العلاقات العائلية، والضمائر، الوقت، العمليات العقلية، والمشاعر الانفعالية، المهن، النقود، الحركات الجسمية، المتضادات، الأماكن والاتجاهات، والأفعال، والمجموعة، والجوانب التربوية، والأثاث، الأقطار، المدن، الحيوانات، الأعداد ... الخ.

ومما هو جدير بالذكر فإنه يوجد اكثر من ٢٠٠٠ إشارة رسمية في دليل الإشارة للأطفال الصم، لا توجد واحدة مثل الأخرى.

وتقسم الإشارات إلى قسمين:

١- الإشارات الوصفية: هي الإشارات اليدوية التلقائية التي تصف فكرة معينة، مثل رفع اليد للتعبير عن الطول، أو فتح الذراعين للتعبير عن الكثرة، أو تضييق المسافة بين الإبهام والسبابة للدلالة على الصغر.

٢- الإشارات الغير وصفية: هي إشارات غير وصفية ولكنها إشارات خاصة لها دلالاتها الخاصة، وتكون بمثابة لغة خاصة متداولة بين الصم، مثل الإشارة إلى أعلى للدلالة على شيء حسن.

أما الأسس التي تبنى عليها الإشارات فهي:

١- زمن الإشارة.

٢- تشكيل الإشارة.

٣- حركة اليدين.

٤- اتجاه حركة اليد أو اليدين.

٥- مكان التقاء اليد أو اليدين بأجزاء الجسم.

٦- مدى سرعة الإشارة وتحريكها وثباتها وقوتها وضعفها.

٧- تعبيرات الوجه وحركة الجسم.

ب- لغة الأصابع أو الأبجدية الاصبعية (Finger Spelling) :

هي إشارات حسية مرئية، يدوية للحروف الهجائية بطريقة متفق عليها، ومن السهل تعلم لغة الأصابع، حيث يمكن التعبير عن الأسماء أو الافعال التي يصعب التعبير عنها بلغة الإشارة بلغة الأصابع، فالقدر من هجاءِ الأصابع الذي يستخدم في عملية التواصل مسألة فردية وتتوقف على الشخص نفسه.

وهي بما تتميز به اللغة عادة من حيث هي منطوقة ومرسومة، فإذا جعلت أصابع الانسان في حركات وأوضاع تأخذها معبرة عن ابجدية اللغة، فهي لا تختلف الفروق في مهارات هجاء الأصابع عن الفروق التي نلاحظها في الكتابة اليدوية بين الأفراد المختلفين، فبعض أشكال الكتابة اليدوية تسهل قراءته، في حين أن البعض الآخر يقرأ بصعوبة.

لغة الإشارة



١ ❑ بابـا :
فرد اليد اليمنى ووضعها أسفل الذقن ويكون ظاهر اليد للأمام.



٢ ❑ مامـا :
قبض اليد اليمنى عدا السبابة ووضعها على الفم مرتين ويكون ظاهر اليد للأمام.



٣ ❑ جـدي:
ضم أصابع اليد اليمنى ووضعها تحت الذقن والتعبير بالوجه على كبر السن مع ضم اليسرى وكأنها بها عكازه .



٤ ❑ بنت:
رفع السبابة والأوسط لليد اليسرى مع وضع اصبع السبابة لليد اليمنى فوق أصابع اليسرى وتحريكه عدة مرات.

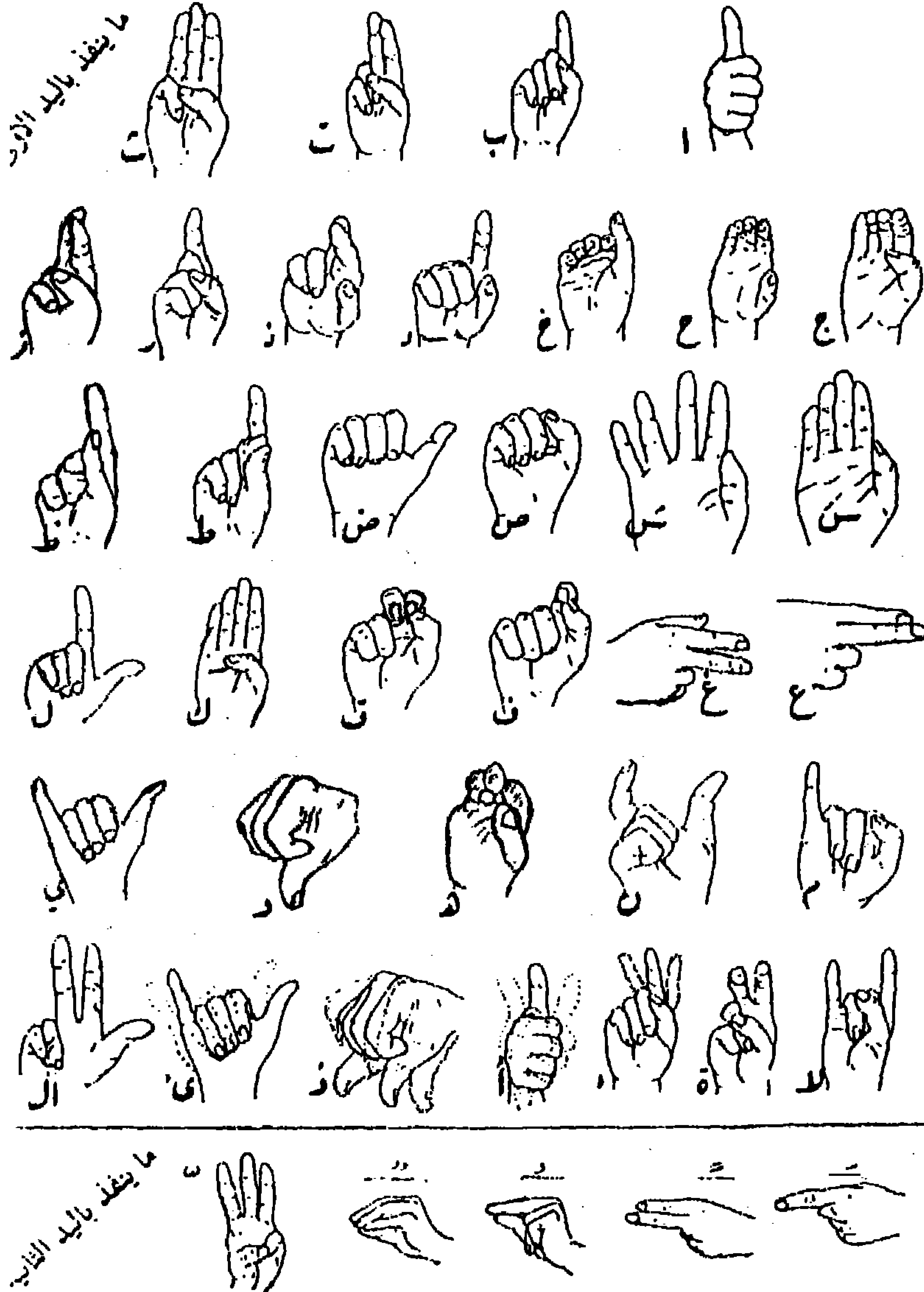


٥ ❑ ولـــد:
قبض اليد اليمنى ووضعها على الشاربين.



« أبجدية الأصابع » العربية

كما تبدو للناظر



٣- أساليب التواصل الكلي (Total communication) :

يقصد بالتواصل الكلي حق كل طفل أصم في أن يتعلم استخدام جميع الأشكال الممكنة للتواصل حتى تتاح له الفرصة الكاملة لتنمية مهارة اللغة في سن مبكرة بقدر المستطاع، مثل هذا العمل يتضمن إدخال نظام ثابت للرموز المستقبلة التعبيرية في سنوات ما قبل المدرسة فيما بين سن سنة وخمس سنوات.

يشتمل أسلوب التواصل الكلي على الصورة الكاملة للأنماط اللغوية، الحركات التعبيرية التي يقوم بها الطفل نفسه، ولغة الإشارة، والكلام، وقراءة الشفاه، وهجاء الأصابع، والقراءة والكتابة، كذلك فإنه في ظل أسلوب التواصل الكلي تكون أمام كل طفل أصم الفرصة لتطوير اي جزء متبقي لديه من السمع من خلال المعينات السمعية بمختلف أنواعها.

إن الاستخدام المبكر والمستمر لنظام التواصل الكلي يساعد على النمو العقلي بما يترتب على ذلك من تحصيل أكاديمي.

وقد ظهرت هذه الطريقة في الاتصال بين الصم أو معهم نتيجة للانتقادات التي وجهت لكل من طريقة قراءة الشفة وطريقة التدريب السمعي، وملخص تلك الانتقادات هي :

١- صعوبة فهم الطفل الأصم للمتكلم باستخدام طريقة لغة الشفاه، إما بسبب سرعة حديث المتكلم أو الموضوع الذي يدور حوله حديث المتكلم، أو مدى مواجهته للأصم.

٢- صعوبة فهم الأصم للمتكلم باستخدام طريقة التدريب السمعي، وذلك بسبب مدى القدرة السمعية المتبقية لدى الأصم، ومدى فاعلية الوسائل السمعية لدى الأصم.

٣- صعوبة نشر لغة الإشارة أو أبجدية الأصابع بين كل الناس ويعني ذلك اعتماد فهم الأصم للآخرين على مدى نشر تلك اللغة بين الناس، وهو ليس بالأمر السهل، بل يقتصر فهم الأصم على الآخرين الذين يتقنون لغة الإشارة أو

أبجدية الأصابع، وبسبب مثل تلك الانتقادات مجتمعة، ظهرت الطريقة الجديدة حيث يتحدث المتكلم بصوت واضح مسموع وبسرعة عادية لحركة الشفتين، وفي الوقت نفسه، يعبر عما يتكلم عنه بلغة الإشارة والأصابع معا.

توصيات ونصائح إلى الأم:

١- تقبلي بسرور كلام طفلك وشجعيه على النطق مهما كانت درجة إعاقته.

٢- تحدثي في أذنه بهمسات حنونة أطول مدة ممكنة في كل يوم.

٣- كوني صابرة على اختلاف صوته بالارتفاع المفاجيء أو الانخفاض المفاجيء.

٤- كلما وعى طفلك الكلام الذي يوجه إليه، أصبح راغباً في الاستجابة للحديث.

٥- اجهدي كي تفتحي وعي طفلك كي يستمتع ويتصل بمباهج الحياة التي أوجدتها يد الله في الطبيعة الحلوة.

٦- حاذري الصوت المرتفع فهو ليس بالطريقة المجدية ومن يظن أن ارتفاع الصوت يفيد ضعاف السمع فهو واهم.

٧- حاولي أن تتحدثي بجمل قصيرة وقللي من استعمال كلمات لا داعي لها.

٨- لا تنسي الاستفادة من الأنغام وذلك لا من أجل الطرب ولكن من اجل أن تنمي عنده مشاعره بالتغيرات في درجات الصوت ونغماته.

٩- العبي معه ودعيه يشاهد وجهك وأنت تتحدثين.

١٠- العبي معه أمام المرآة ودعيه يشاهد حركات التقليد وتعابير الوجه التي تقومين بها.

١١- أمنحيه الفرصة كي يعتمد على نفسه ويتحمل بعض المسؤوليات.

١٢- اقرأي له وأريه الصور والرسومات.

١٣- تحدثي معه واطلبي من الآخرين أن يحذوا حذوك، امنحيه الفرصة لتطوير قدراته واهتماماته الخاصة وتنميتها.

١٤- تحدثي معه بصوت طبيعي وجمل مفيدة.

١٥- توقعي منه عمل الاشياء التي تتماشى مع عمره ومستواه العقلي.

١٦- شجعيه على القيام بالأشياء التي يقدر عليها فذلك سيعزز ثقته بنفسه.

١٧- اوضحي له مدى أهمية الإطاعة والامتثال.

١٨- تحدثي إليه اكثر فأكثر لا أقل فأقل.

١٩- استغلي المتبقي من سمعه مهما كان قليلاً.

٢٠- تعاوني مع الطبيب والأخصائيين الصحيين، والمدرسين مدير المدرسة...

٢١- دعي الطفل يشعر أنك تثقين به وتعتزين به.

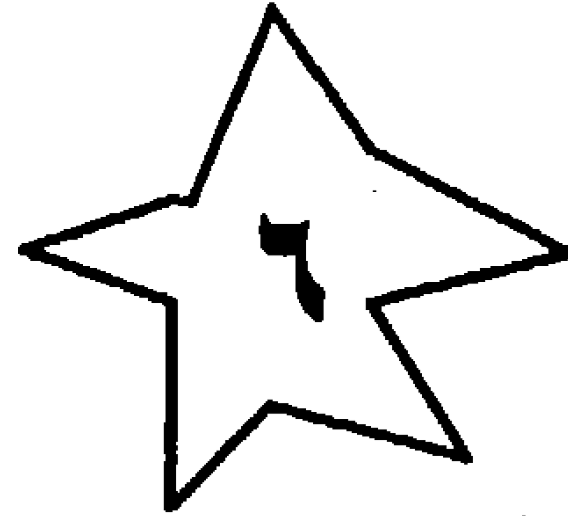
٢٢- دعيه يحس ويلمس أن جميع أفراد الأسرة يحبونه ويحتاجون إليه.

٢٣- ابذلي معه الوقت والجهد وكوني صبورة.

الفصل السادس

صعوبات التعلم

- مفهوم صعوبات التعلم.
- خصائص الأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم.
- أسباب صعوبات التعلم.
- نسبة صعوبات التعلم.
- قياس وتشخيص ذوي صعوبات التعلم.
- أساليب تدريس الأطفال ذوي صعوبات التعلم.
- البرامج التربوية المقدمة للأطفال ذوي صعوبات التعلم.



الفصل السادس

صعوبات التعلم

Learning Disabilities (L.D)

مقدمة:

كل من يتعلم يواجه صعوبة أو مشكلة أو توقفاً في سيره وحركته عن طريق التعلم، عند اكتساب مهارة حركية جديدة، عند اكتساب معلومات جديدة، عند محاولة حل مشكلة معقدة، عند محاولة فهم مسألة صعبة، عند محاولة التصرف أو التوافق مع مواقف جديدة، في هذه الحالات جميعاً يواجه المتعلم صعوبة أو عقبة أو توقفاً، والمتعلم الكبير الراشد والمتعلم الصغير المبتدئ في هذا سواء.

يواجه الراشد صعوبات في التعلم كما يواجهها الصغير،فما دامت تواجه الإنسان، وهو محمول على تيار أيام حياته، متطلبات ومقتضيات جديدة فإنها تحتم تعلمه باستمرار بصرف النظر عن مرحلة عمره وعدد أيام سنواته على الأرض، كأن صعوبات التعلم جزء من التعلم، وكأن نجاحنا في التعلم مرهون بنجاحنا في معالجة صعوبات التعلم، فإذا استطعنا أن نتغلب على صعوبات التعلم تمكنا من أن نحقق أهداف التعلم ونصل إلى مراميه بشكل سليم.

مفهوم صعوبات التعلم:

تعتبر معرفة الصعوبات الخاصة بالتعلم كنمط من أنماط الإعاقة حديثة العهد نسبياً، فقد اكتسب هذا المصطلح شيوعاً في عام ١٩٦٣م بعد أن كان يعرف من قبل المختصين قبل عام ١٩٦٠م بعدد من المصطلحات من مثل «الخلل الوظيفي المخي البسيط»، "والإصابة المخية" و «الاضطرابات العصبية والنفسية»، و «صعوبة القراءة» و «قصور في الإدراك»، وفي الاجتماع السنوي لمجلس الأطفال غير العاديين عام ١٩٦٠م كان هناك سؤال واحد مطروح على المجلس وهو (هل تلك الحالة التي تنتشر بين الأطفال الذين يوصفون بأنهم لا يتعلمون هي صعوبة في التعلم أم عجز

في التعلم؟» وفي عام ١٩٦٥م قام نفس المجلس في اجتماعه السنوي بتقديم علة بحوث أكدت على عدم ارتباط العجز عن التعلم بالتخلف العقلي، ولهذا فقد تم استبعاد وجود علاقة بين صعوبات التعلم والتخلف العقلي، وفي عام ١٩٦٦م نادى بتمان بضرورة إيجاد اصطلاح جديد يميز العدد المتزايد من الأطفال الذين يسجلون معدلات منخفضة في التحصيل الدراسي مع أن مستوى ذكائهم يقع ضمن معدل الذكاء العادي أو فوق العادي، وفي نفس الوقت جذب هذا الطفل اهتمام العديد من الأطباء والأخصائيين النفسيين، ورجال التربية الخاصة وغيرهم، وفي عام ١٩٦٣م قامت مجموعة من أولياء الأمور والمربين المهتمين بهذا الموضوع بالاجتماع في مدينة شيكاغو للاتفاق على مصطلح يشمل هؤلاء الأطفال ممن كان تحصيلهم الدراسي منخفضاً بالرغم من المستوى العادي أو فوق العادي لذكائهم. وعقد اجتماع آخر في نفس العام في مدينة نيويورك واقترح كيرك في هذا الاجتماع مصطلح الصعوبات الخاصة بالتعلم (Specific Learning Disabilities) ولاقى هذا المصطلح استحساناً من الحضور جميعهم، وفي عام ١٩٦٨م وضعت اللجنة الاستشارية الوطنية للمعوقين في المكتب الأمريكي للتربية تعريفاً لصعوبات التعلم أصبح بعد تنقيحه في القانون العام رقم ٩٤-١٤٢ عام ١٩٧٥م الذي دعا إلى تربية جميع الأطفال المعوقين وينص التعريف (تعريف الحكومة الاتحادية الأميركية لقانون ٩٤-١٤٢) على أن "مصطلح" الأطفال ذوي الصعوبات الخاصة بالتعلم يعني أولئك الأطفال الذين يعانون من قصور في واحدة أو أكثر من العمليات النفسية الأساسية التي تدخل في فهم أو استخدام اللغة المنطوقة، أو المكتوبة، ويظهر هذا القصور في نقص القدرة على الاستماع أو الكلام، أو القراءة، أو الكتابة أو التهجئة أو في أداء العمليات الحسابية، قد يرجع هذا القصور إلى إعاقة في الإدراك أو إلى إصابة في المخ، أو إلى الخلل الوظيفي المخي البسيط، أو إلى عسر القراءة (dyslexia) والتي ترجع إلى صعوبات نمائية أو إصابات الدماغ، وفقدان القدرة على الكلام (Aphasie) ويستثنى من ذلك الإعاقات الحسية التقليدية.

التعريف الجديد لصعوبات التعلم:

في عام ١٩٨١م اجتمعت ستة من المنظمات العاملة في مجال المعوقين بالولايات

المتحدة الأمريكية وكونت فيما بينها ما يعرف باسم "اللجنة الوطنية المشتركة لصعوبات التعلم" وذلك لإقرار تعريف جديد لصعوبات التعلم، وقد جاء في التعريف الجديد المقدم ما يلي:

«إن صعوبات التعلم ميدان شامل يرجع إلى مجموعة متباينة من الاضطرابات التي تتمثل في صعوبات واضحة في اكتساب أو استخدام القدرة على الاستماع، أو الكلام أو القراءة أو الكتابة، أو العمليات الحسابية، تعتبر هذه الاضطرابات أساسية في الفرد ويفترض أن تكون ناتجة عن خلل وظيفي في الجهاز العصبي المركزي، إذا حدث وان ظهرت صعوبات التعلم متلازمة مع حالات إعاقة أخرى "مثل قصور في الحواس أو التخلف العقلي أو اضطراب انفعالي أو اجتماعي"، أو متلازمة مع مؤثرات بيئية "مثل الاختلافات الثقافية أو طرق التدريس غير المناسبة، أو عوامل نفسية"، فإن صعوبات التعلم لا تكون ناتجة مباشرة عن تأثير هذه الإعاقات.

تشير ليرنر ١٩٨١م إلى عدد من التعريفات الخاصة بصعوبات التعلم والتي تركز على أبعاده المختلفة وهي:

١- **التعريف الطبي**: يركز هذا التعريف على الأسباب العضوية لمظاهر صعوبات التعلم كما أشار إليها كروك شانك ١٩٦٧، ومايكل باست ١٩٦٧م، والتي تمثلت في الخلل العصبي أو تلف الدماغ.

٢- **التعريف التربوي**: يركز هذا التعريف على نمو القدرات العقلية بطريقة غير منتظمة، كما يركز على مظاهر العجز الأكاديمي للطفل، كما يشير إليها كيرك ١٩٦٢م، والتي تتمثل في العجز عن تعلم اللغة والقراءة والكتابة والتهجئة والتي لا تعود لأسباب عقلية أو حسية، وأخيراً يركز التعريف على التباين بين التحصيل الأكاديمي والقدرة العقلية للفرد.

صعوبات التعلم والتأخر الدراسي:

نظراً لحداثة موضوع صعوبات التعلم ولأن السمة الغالبة على الأطفال الذين يعانون من صعوبات في التعلم هي المشاكل الدراسية وانخفاض مستوى

التحصيل الدراسي لذا فلقد ارتبط هذا الموضوع في ذهن الكثير من التربويين في عالمنا العربي بموضوع التأخر الدراسي أو بطء التعلم، لأن المظهر الخارجي لكل من صعوبات التعلم والتأخر الدراسي واحد وهو المشاكل الدراسية والانخفاض مستوى التحصيل الدراسي، ورغم اتفاق الجميع على ذلك إلا أن الحقيقة غير ذلك تماماً، فكما ذكرنا في التعريفات فإن تعريف صعوبات التعلم يشير إلى الطفل ذي الذكاء المتوسط أو فوق المتوسط والذي يعاني من انخفاض في مستوى تحصيله الدراسي، وهذا الانخفاض غير مرتبط بالإعاقة العقلية أو الجسمية أو السمعية أو البصرية، في حين أن ميدان التأخر الدراسي هو ميدان قديم يسبق ميدان صعوبات التعلم بعشرات السنين، كما أن التأخر الدراسي يرتبط بقصور أو انخفاض نسبة الذكاء، فالمتأخرون دراسياً تقع نسبة ذكائهم بين ٧٠-٩٠ درجة وهو ما يسمى بالفئة الحدية كما أن خصائصهم الجسمية والعقلية والانفعالية تختلف عن ذوي صعوبات التعلم، **وفيما يلي خصائص المتاخرون دراسياً:**

- الخصائص الجسمية للأطفال المتاخرون دراسياً:

يعتبر معدل النمو الجسمي لدى الأطفال المتأخرين دراسياً أقل في تقدمه بالنسبة لمتوسط نمو الأطفال العاديين، كما انهم قد يكونون اقل طولاً أو اقل وزناً أو اقل تناسقاً من الأطفال العاديين، ولكن ليس بالدرجة التي تستدعي اهتماماً زائداً أو تتطلب علاجاً خاصاً، كما أن هناك قابلية لانتشار ضعف السمع وعيوب الكلام وسوء التغذية وعيوب الإبصار بصورة اكبر بين أفراد هذه الفئة، كما أنهم يقلوا عن العاديين من حيث النشاط والحيوية الجسمية، ورغم ذلك فإنهم لا يختلفون عن العاديين من حيث الحاجات والانفعالات والدوافع والرغبات، بالإضافة إلى ذلك فإنهم قد يبدون في بعض الأحيان أطول قامة وأضخم بنية من أقرانهم في نفس الصف الدراسي، وقد يكون هذا راجع إلى أنهم يكبرون بعام أو عامين نتيجة لتأخرهم الدراسي.

- الخصائص العقلية للأطفال المتاخرون دراسياً:

إن أفراد هذه الفئة تقع نسبة ذكائهم بين ٧٠-٩٠ درجة وهي بذلك منخفضة

عن المتوسط حيث يؤدي ذلك إلى التأثير على العمليات العقلية المختلفة لهذا فهم يعانون من قصور في الإدراك السمعي والبصري، وفي التمييز والتخيل، كما يعانون من قصور في التفكير الاستنتاجي، وضعف في القدرة على حل المشكلات، وقصور في الذاكرة.

- الخصائص الانفعالية للأطفال المتاخرين دراسياً:

يتميز هؤلاء الأطفال بعدم الثقة بالنفس، والاعتماد على الغير، والتقدير الزائد للغير، كما أنهم يتميزون بالإحباط نتيجة تكرار خبرات الفشل مما يؤدي إلى العدوانية والانطوائية.

من هذا العرض السريع للخصائص المميزة للأطفال المتأخرين دراسياً يتضح الاختلاف الواسع بين هذا الميدان وميدان صعوبات التعلم والذي يؤكده ما سبق عرضه من تعريفات لصعوبات التعلم وما سوف نعرضه من خصائص يتميز بها الأطفال الذين يعانون من صعوبات في التعلم.

خصائص الأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم:

أجريت العديد من الدراسات حول موضوع خصائص الأطفال ذوي صعوبات التعلم، ولقد قامت ريتشارد ١٩٦٦م بمراجعة الدراسات التي أجريت في مجال خصائص ذوي صعوبات التعلم، ثم وضعت على أساس ذلك ثلاث مجموعات من الخصائص، وفيما يلي عرض للدراسة ريتشاردسن بالإضافة إلى مجموعة من الدراسات التي أجريت حول موضوع خصائص الأطفال ذوي صعوبات التعلم.

أولاً: دراسة ريتشاردسن حول خصائص الأطفال ذوي صعوبات التعلم:

- المجموعة الأولى: الخصائص التي اتفق عليها المدرسون:

١- ضعف في التمييز البصري وتذكر الكلمات.

٢- ضعف في الذاكرة السمعية فيما يتعلق بالكلمات وبأصوات الكلام.

٣- عند القراءة أو الكتابة أو الكلام فإنهم يقومون بعكس الكلمات أو المقاطع أو الحروف أو الأعداد باستمرار.

٤- قصور في استدعاء الأشكال الهندسية البسيطة.

٥- ضعف في تذكر التسلسل السمعي أو البصري.

٦- قصور في الاعتماد على يد واحدة.

٧- قصور في التحكم باليد، أي اضطراب السلوك الحركي والسلوك الزائد.

٨- قصور في التعبير اللفظي.

٩- حركة زائدة وقابلية لشرود الذهن.

- **المجموعة الثانية :** الخصائص التي اتفق عليها الاخصائيون النفسيون وأخصائيوا الأعصاب وأخصائيوا الأطفال :

١- ارتعاش بسيط خاصة عند القيام بمجهود حركي، بالإضافة إلى تشنجات أو اضطراب بسيط في الحركات.

٢- ردود فعل زائدة عن الحد المطلوب أو النشاط الزائد.

٣- فقدان البراعة والرشاقة في أداء المهارات الحركية والقابلية للتشتت.

٤- الاعتماد على عين واحدة في الرؤية، أو قصور بسيط في تآزر حركة العينين.

٥- قصور في التصور الجسمي، يتمثل في:

أ- الخلط ما بين اتجاه اليمين واتجاه اليسار، وغياب أو ضعف الاعتماد على جانب معين من جوانب الجسم.

ب- حركة الإصبع غير الإرادية، أو القصور في القدرة على وضع الإصبع على شيء.

جـ- قصور في المفاهيم المكانية.

٦- قصور في إدراك الأشكال.

٧- قصور في النطق أو التعبير اللفظي.

٨- حركة زائدة مع قابلية الشرود الذهني، وقصر مدة الانتباه وسرعة الغضب والانفعال.

- **المجموعة الثالثة :** الخصائص التي أجمع عليها معظم المختصين في شؤون صعوبات التعلم:

١- ضعف في الذاكرة السمعية.

٢- ضعف التمييز السمعي.

٣- ضعف في الربط بين الأصوات.

٤- ضعف في الذاكرة البصرية.

٥- ضعف التمييز البصري.

٦- قصور في القدرة على المتابعة والتسلسل البصري والبصري الحركي.

٧- عجز أو ضعف في السيطرة أو الهيمنة المخية.

٨- الخلط بين اتجاه اليمين واتجاه اليسار، ومشاكل في الاعتماد على جانب واحد من جوانب الجسم، وفي تحديد الاتجاه.

٩- عدم التناسق في الحركة الدقيقة.

١٠- عدم البراعة في الأداء.

١١- قصور في تآزر حركة العينين.

١٢- قصور في الانتباه ونشاط حركي زائد.

إذن تتعدد خصائص أو مظاهر صعوبات التعلم، فقد تبدو في الخصائص السلوكية أو البيولوجية أو اللغوية، ويعتبر الفرد عاجزاً عن التعلم إذا بدت عليه واحدة أو أكثر من الخصائص الرئيسية التالية:

- **المظاهر السلوكية :**

١- صعوبة الإدراك والتمييز بين الأشياء.

٢- الاستمرار في النشاط دون توقف.

٣- اضطراب المفاهيم.

٤- اضطراب السلوك الحركي والسلوك الزائد.

- **المظاهر العصبية (البيولوجية):**

١- الإشارات العصبية الخفيفة ويبدو ذلك في ظهور بعض الإشارات العصبية التي قد تشير إلى حالة من حالات صعوبات التعلم، وتبدو هذه الإشارات العصبية في مظاهر المهارات الحركية الدقيقة.

٢- الاضطرابات العصبية المزمنة والتي تعود إلى إصابة الدماغ وتحدث قبل الولادة أو أثناءها أو بعدها.

٣- خلو عائلة الفرد من الإعاقة العقلية، ويعني ذلك أن الأطفال ذوي صعوبات التعلم هم من الأطفال العاديين غير المعوقين عقلياً كما أن تاريخهم الأسري لا يشير إلى ظهور حالات الإعاقة العقلية لديهم أو لدى أسرهم.

- **المظاهر اللغوية:**

قد تعتبر الاضطرابات اللغوية أكثر المظاهر وضوحاً واهتماماً من قبل الباحثين في ميدان صعوبات التعلم، فقد صنف (Lee, 1974) مظاهر الاضطرابات اللغوية التي تقع ضمن ميدان العجز عن التعلم، وأهمها الديسلكسيا (Dyslexia) أو صعوبة القراءة والكتابة، وتعتبر الديسلكسيا من الموضوعات البارزة والمميزة لمظاهر الاضطرابات اللغوية لذوي صعوبات التعلم وتسمى الديسلكسيا أحياناً بضعف القدرة على القراءة، وهي من الموضوعات التي نالت الكثير من الاهتمام والبحث منذ عام ١٨٩٦م على يد مورجان وحتى عام ١٩٦٧م على يد جون مايكل بست، وأجمعت الدراسات على نوع من السلوك النمطي لدى الأطفال الذين يواجهون صعوبة في القراءة أو الكتابة لكنهم اختلفوا حول الأسباب وراء أعراض الديسلكسيا، أما أعراض الديسلكسيا فهي:

١- صعوبة في القدرة على القراءة والتي تعود إلى أسباب تتمثل في ضعف قدرة الطفل على تكوين التتابع للمهارات القرائية.

٢- صعوبة في القدرة على القراءة والتي تعود إلى أسباب طبية تتمثل في الخلل الوظيفي للدماغ.

٣- صعوبة في القدرة على الكتابة والتي تسمى باسم ديسكرابيا (Dysgraphia) والتي تعود إلى أسباب تتعلق بالقدرة الحركية الدقيقة، ونقل المادة المنظورة إلى مادة حركية مكتوبة، أو إلى عجز في التآزر البصري الحركي أو إلى عجز القدرة على إدراك الرموز.

٤- تأخر ظهور الكلام، يقصد بذلك تأخر وقت ظهور الكلمة الأولى عند الطفل الذي يتصف بصعوبات التعلم حتى سن الثالثة، مع العلم أن وقت ظهور الكلمة الأولى عند الطفل هي السنة الأولى، ويجب الملاحظة أن تأخر الكلمة الأولى قد يكون عرضاً لحالات أخرى من الإعاقة العقلية أو السمعية.

٥- سوء تنظيم وتركيب الكلام.

٦- فقدان القدرة المكتسبة على الكلام ويقصد بذلك فقدان القدرة على الكلام بعد تعلم اللغة وذلك بسبب إصابة الدماغ الوظيفية.

أما جيرهارت ١٩٨٥ فيصف لنا سمات الطالب الذي يعاني من صعوبات في التعلم كما يلي:

١- نلاحظ وجود تباين كبير ما بين التحصيل المدرسي للطالب ودرجة ذكائه في واحدة أو أكثر من مجالات التعلم كالقراءة أو الكتابة أو التعبير أو الحساب، وهذه ظاهرة عامة موجودة عند أي طالب يعاني من صعوبات في التعلم.

٢- تأخر أو بطء في نموه اللغوي والذي يظهر من خلال حصيلته اللغوية الضعيفة، أو قلة حصيلته من المفردات والمصطلحات، أو أخطائه القواعدية المتكررة والواضحة، أو أفكاره غيرا لمتسلسلة منطقيا.

٣- صعوبة في التعرف على الاتجاهات المكانية، فمن السهل جدا أن يفقد الاتجاهات والأماكن بالرغم من سهولة معرفتها لمن هم في سنه.

٤- صعوبة في إدراك الوقت ، فمن الصعب عليه أن يقدر الوقت المستغرق أو اللازم لمهمة واضحة ومعروفة.

٥- صعوبة في فهم العلاقات مثل علاقات التشابه أو الاختلاف أو غيرها.

٦- ضعف في التناسق الحركي ويتضح من خلال ضعف التوازن لديه في الحركة

والمشي، كما ويلاحظ أن كثيرا ما يتعثر في حركته ويقع على الأرض خلال ركضه ومشيه بشكل متكرر.

٧- صعوبة في معالجة الأمور الميكانيكية البسيطة، فقد يجد صعوبة في وضع المفتاح في ثقب الباب مثلا أو في عملية تشغيل لعبة معينة تحتاج إلى قليل من الحركات الميكانيكية.

٨- تأخر في النضج الاجتماعي، فقد لوحظ بأنه لا يتمكن من فهم الحركات أو التعابير التي يظهرها زملاؤه أو معلموه على وجوههم أحيانا كدلالة لتقبله أو كدلالة لرفضه، فليس لديه قدرة على تمييز ذلك جيداً.

٩- لا يتمكن من الانتباه والتركيز لفترة زمنية كافية لشخص يحدثه أو لشخص يقوم بعمل يثير للانتباه.

١٠- يظهر نشاطاً حركيا زائداً وقد يسبب له التعب والإرهاق وبالرغم من ذلك لا يتوقف عن الحركة من تلقاء نفسه.

١١- لا يصغي جيداً للتعليمات والأوامر حتى ولو كانت بسيطة وسهلة.

١٢- لا يشارك عادة في النقاش الصفي لأنه لا يتمكن من الإصغاء ومحاولة فهم الأفكار المطروحة من زملائه.

١٣- مشاكل ادراكية في السمع والبصر ولكنها لا تعود لأسباب أو لخلل عضوي وإنما لصعوبة في عملية الإدراك ذاتها.

١٤- صعوبة في القدرة على التذكر ، ويشمل تذكر المفردات والأعداد وتذكر الأشياء المرئية والصورة إذا أزيلت من مجاله البصري.

أسباب صعوبات التعليم:

تشير الدراسات كلمنت وكاجان ١٩٧٢م إلى أن أهم الأسباب المؤدية إلى حدوث صعوبة في التعلم لدى التلميذ الإعاقة في القدرة على الإدراك الصحيح، حيث يكون الفرد على وعي بالبيئة من خلال تنظيم وتفسير ما يتم الحصول عليه من الحواس.

أما الأسباب فنظراً لحداثة البحث في موضوع صعوبات التعلم وللتداخل بين صعوبات التعلم والتخلف العقلي من جهة، وبين صعوبات التعلم والاضطرابات السلوكية والانفعالية من جهة أخرى، فإن مسببات صعوبات التعلم لا زالت غير واضحة تماماً وتحتاج إلى مزيد من الدراسة والتأكيد، ومع ذلك فقد أجمعت العديد من الدراسات والبحوث في هذا الميدان على ارتباط صعوبات التعلم بإصابة المخ البسيطة أو الخلل الوظيفي المخي البسيط، وأن هذه الإصابة أو هذا الخلل يرتبط بواحدة أو أكثر من العوامل الأربعة الآتية:

١- إصابة المخ المكتسبة.
٢- العوامل الوراثية أو الجينية.
٣- العوامل الكيميائية الحيوية المتمثلة بقصور التوازن الكيميائي وذلك ترسيب حامض البروفيك (PKU).
٤- الحرمان البيئي والتغذية أو إجبار الطفل على الكتابة بيد معينة.
٥- المؤثرات الجسمية مثل وجود إعاقة بصرية.
٦- مؤثرات نفسية.

نسبة صعوبات التعلم:

اختلفت الدراسات في تقديرها لنسبة طلبة المدارس الابتدائية الذين يعانون من صعوبات التعلم ، إذ يعود ذلك إلى نوع التعريف المستخدم لصعوبات التعلم، ففي دراسة أجراها مايكل بست وبوشر ١٩٦٩م في ولاية الينوي بالولايات المتحدة الأمريكية حول نسبة الأطفال ذوي صعوبات التعلم في الصف الثالث والرابع من صفوف المرحلة الابتدائية معتمدين على تعريف صعوبات التعلم بالتباين بين التحصيل الأكاديمي والقدرة العقلية العامة، تبين أن ٧-٨٪ من أطفال المدارس الابتدائية هم من الأطفال ذوي صعوبات التعلم.

أما الجمعية الوطنية الاستشارية للأطفال المعوقين في الولايات المتحدة فقد قدرت نسبة الأطفال ذوي صعوبات التعلم ممن هم في المدرسة الابتدائية بحوالي ١٪-٣٪.

قياس وتشخيص الأطفال ذوي صعوبات التعلم:

يظهر الطفل ذو الصعوبات في التعلم تباعداً وتنوعاً واسعين في الخصائص العامة لهذا فعند تقييم هذا الطفل لا بد لأخصائي التشخيص والتقييم أن لا يعتمد على اختبار واحد بل عليه أن يختار مجموعة من الاختبارات أو الأساليب التي تعتمد على المدخلات البصرية والسمعية بحيث تسمح للطفل ذي الصعوبات في التعلم بالاستجابة بطرق متعددة مثل الكلام، والإشارة، والكتابة، ووضع الخطوط، وغيرها من الاستجابات.

إن الإخفاق في اختيار مجموعة الاختبارات التي تشتمل على المدخلات المتعددة سوف يعيق استجابة الطفل بشكل ملائم، وعادة فإن الذي يقوم بعملية التشخيص والتقييم هو فريق عمل متعدد التخصصات حيث يقرر ما إذا كان الطفل يعاني من صعوبات في التعلم أم لا، وذلك وفق الخطوات التالية:

١- إجراء تقييم تربوي شامل لتحديد مجالات القصور في موضوعات الدراسة.

٢- تقرير ما إذا كان الطفل يعاني من أي الإعاقات الحركية أو البصرية أو السمعية أو العقلية أو الاضطرابات الانفعالية الشديدة، كذلك تقرير ما إذا كان يعاني من مشاكل اقتصادية أو ثقافية أو بيئية، ففي حالة وجود مثل هذه الإعاقات أو المشاكل وتقرر أنها السبب الأساسي لصعوبات التعلم فإن الطفل يستثنى من اعتباره يعاني من صعوبات في التعلم.

٣- تقرير ما إذا كان الطفل في حاجة إلى علاج طبي.

٤- تقرير ما إذا كانت الخبرات التعليمية التي يتعرض لها الطفل مناسبة لعمره وقدراته أم لا.

٥- تقرير ما إذا كان تحصيل الطفل متناسب مع عمره وقدراته.

٦- تقرير ما إذا كان الأداء الدراسي قد تأثر عكسيا وذلك بتحديد مدى التباعد بين التحصيل الحالي والقدرة الفعلية المقاسة في واحدة أو أكثر من المجالات الدراسية.

إذن هناك طريقتان للنظر إلى الصعوبات التعليمية:

١- منظور التلميذ الفرد اي تحديد الصعوبات من منظور الخصائص المميزة للتلميذ استناداً إلى الأفكار التالية:

أ- يمكن تمييز مجموعة من التلاميذ بأنها حالات خاصة.

ب- هؤلاء الأطفال يحتاجون إلى تعلم خاص تجاوباً مع صعوباتهم.

جـ- من الأفضل أن يجري تعليم الأطفال ذوي الصعوبات المتشابهة معاً.

د- الأطفال الآخرون سويون ويستفيدون من التعليم القائم.

٢- منظور المنهج الدراسي، اي تحديد الموضوعات من منظور المهام، والأنشطة وظروف حجرة الدراسة، استناداً إلى الأفكار التالية:

أ- أي طفل يمكن أن يعاني من صعوبات في المدرسة.

ب- هذه الصعوبات يمكن أن تكون مؤشراً إلى السبل التي تتيح تحسين التدريس.

جـ- هذه التحسينات تؤدي إلى ظروف تعليم أفضل لجميع التلاميذ.

د- ينبغي إتاحة المساندة لمحاولات المدرسين تطوير ممارساتهم.

وأخيراً يمكن تلخيص الطرق المتبعة في التعرف على التلميذ بطيء التعلم بما يلي:

١- فحص سجل الأعمار الخاص بالصف في المدرسة.

٢- فحص السجل الخاص بالتحصيل والتعرف على الذين يتأخرون أكثر من عام في دخول المدرسة ثم تأخروا أكثر من عام في التحصيل.

٣- فحص سجل التحصيل المدرسي السابق لهؤلاء التلاميذ ثم أخذ متوسط تحصيلهم.

٤- تطبيق اختبارين من الاختبارات الجمعية للذكاء أو صورتين متبادلتين لاختبار واحد على جميع التلاميذ أن أمكن أو يطبق على الأقل على الذين وضعوا في القائمة نتيجة الخطوة ١،٢،٣ .

٥- إعطاء اختبارات فردية لكل تلميذ أو لهؤلاء الذين أظهرت الحقائق السابقة أنها متناقضة أو مضللة أو غير دقيقة.

وجميع الخطوات السابقة لن تؤدي إلى نتيجة إلا بعد أن نتأكد من أسباب

بطء التعلم الوظيفية السابقة والمسببات المختلفة التي تتعلق بالتلميذ خارج المدرسة.

وعادة ما يتم جمع المعلومات التشخيصية عن حالة الطفل عن طريق إجراء مجموعة من الاختبارات المعروفة في ميدان صعوبات التعلم، وأهم هذه الاختبارات:

١- اختبارات التحصيل المقننة.

٢- اختبارات العمليات النفسية.

٣- الاختبارات ذات المحكات المرجعية.

٤- استبيانات القراءة الغير رسمية.

وفيما يلي توضيح لبعض الاختبارات:

أولاً: اختبارات التحصيل المقننة ذات المعايير المرجعية.

ومن أكثر هذه الاختبارات استعمالاً في قياس مدى تحصيل القراءة:

١- اختبار جراي للقراءة الشفهية.

٢- اختبار مونرو لتشخيص القراءة.

٣- اختبار سباش لتشخيص القراءة.

كما أن هناك بعض الاختبارات التي تستعمل باستمرار لقياس مدى تحصيل الرياضيات من مثل:

١- اختبار مفتاح الحساب لتشخيص الرياضيات لكانولي وآخرون.

٢- اختبار ستانفورد لتشخيص الرياضيات لبيني وآخرون.

ثانياً: اختبار العمليات النفسية.

هناك نموذجان من اختبارات العمليات النفسية هما:

١- اختبار الينوي للقدرات النفسية اللغوية.

٢- اختبار ماريان فروستج لتطوير الإدراك البصري.

ثالثاً: الاختبارات ذات المحكات المرجعية.

تمتاز الاختبارات ذات المحكات المرجعية عن الاختبارات المقننة في أنها من

تصميم المدرس نفسه وغير مقننة على عدد كبير من الأطفال، فالمعلم هو الذي يضع لها معياراً ليصل إليه الطفل، فيمكن من خلال استخدام هذا النوع من الاختبارات مقارنة أداء المفحوص بمستوى معين من الإتقان أو التحصيل، ويعتبر هذا النوع من الاختبارات مناسباً للمفحوص الذي يتعلم مهارات متضمنة في الاختبار، ويستفاد من هذا النوع من الاختبارات من تصميم البرامج التعليمية، حيث يمكن من خلالها الوصول إلى أهداف محدودة وكذلك أهداف قصيرة المدى.

رابعاً: استبيانات القراءة غير الرسمية.

يستخدمها المدرسون في تحديد قدرة الطفل على القراءة، إذن هدف استبيانات القراءة هو الكشف عن المستويات التالية:

١- المستوى الاستقلالي: وهو المستوى الذي يستطيع فيه الطالب أن يقرأ دون اعتماد على المدرس، وتكون نسبة النجاح في هذا المستوى ٩٩٪ وأكثر.

٢- المستوى التعليمي: وهو المستوى الذي يستطيع فيه الطالب أن يقرأ بمساعدة بسيطة من المدرس وغالباً ما تكون النسبة التي يحصل عليها الطالب في هذا المستوى ٩٥٪ فأكثر.

٣- مستوى الاخفاق في القراءة: وهو المستوى الذي لا يستطيع أن يقرأ فيه الطالب بشكل جيد ويحتاج إلى مساعدة متكررة من المدرس، وغالباً ما تكون النسبة التي يحصل عليها اقل من ٩٠٪.

كذلك هناك بعض الأدوات التي تستخدم لتشخيص ذوي صعوبات التعلم:

١- **طريقة دراسة الحالة:** هذه الطريقة تزود الاخصائي بمعلومات جديدة عن نمو الطفل، وخاصة فيما يتعلق بمراحل العمر والميلاد، والوقت الذي ظهرت فيه مظاهر النمو الرئيسية الحركية كالجلوس والوقوف والتدريب على مهارات الحياة اليومية، والأمراض التي أصابت الطفل، وتصنف الأسئلة المتعلقة بدراسة الحالة كما تشير إليها ليرز ١٩٧٦م كما يلي:

١- الأسئلة المتعلقة بخلفية الطفل العامة وحالته الصحية.

٢- الأسئلة المتعلقة بنمو الطفل الجسمي.

٣- الأسئلة المتعلقة بالأنشطة الحالية للطفل.

٤- الأسئلة المتعلقة بالنمو التربوي للطفل.

٥- الأسئلة المتعلقة بالنمو الاجتماعي والشخصي.

٢- الملاحظة الاكلينيكية: تفيد في جمع المعلومات عن مظاهر صعوبات التعلم لدى الطفل والتي يتم تأكيدها فيما بعد بالاختبارات المقننة وتستخدم الملاحظة للتعرف على المشكلات اللغوية، والمشكلات المتعلقة بالمهارات السمعية البصرية، وتعتبر المظاهر الآتية من المظاهر الرئيسية لحالات التعلم والتي يتم التعرف إليها بالملاحظات الاكلينيكية أو التقديرات المتدرجة (Rating Scales) وهي:

١- مظاهر الإدراك السمعي والتي تتضمن القدرة على اتباع التعليمات اللفظية والقدرة على استيعاب النقاش الصفي، والقدرة على التذكر السمعي والقدرة على فهم المعنى الكلي.

٢- مظاهر اللغة المنطوقة، والتي تتضمن القدرة على التعبير اللفظي الصحيح والقدرة على النطق والقدرة على تذكر الكلمات، والقدرة على ربط الخبرات ببعضها والقدرة على تكوين الأفكار.

٣- مظاهر التعرف إلى ما يحيط بالطفل، والتي تتضمن مدى قدرة الطفل على الاستفادة من الظروف البيئية، ومعرفة ما يحيط به، والقدرة على إدراك العلاقات بين الأشياء والقدرة على اتباع التعليمات.

٤- مظاهر الخصائص السلوكية وتتضمن مدى قدرة الطفل على التعاون، والانتباه والإدراك والتمييز والتعامل مع المواقف الجديدة، والتوافق الاجتماعي وتحمل المسؤولية، وإنجاز المهمات الموكلة إليه.

٥- مظاهر النمو الحركي، وتتضمن مدى قدرة الطفل على التآزر الحركي العام والتوازن الحركي العام، والقدرة على التعامل مع الأشياء المحيطة بالفرد حركياً.

٣- الاختبارات المسحية السريعة: تسمى كذلك لأنها تهدف إلى التعرف السريع إلى مشكلات الطفل المتعلقة بصعوبات التعلم، وهذه الاختبارات هي:

١- اختبار القراءة المسحي يتــم التعـرف إلى مـهارات القـراءة ومسـتوياتها وأنـواع الأخطاء القرائية وطرائق مواجهة الطفل لها.

٢- اختبار التمييز القرائي وتبين فيه قدرة الطفل على التمييز بين بعـض المفـردات المنتقاة من كتب الصف الثالث والرابع الابتدائي.

٣- اختبار القدرة العددية يتم التعرف إلى مدى قدرة الطفل في التعامل مــع الأرقـام وخاصة العمليات الأساسية الأربعة الجمع والطرح والضرب والقسمة.

٤- الاختبارات المقننة: تقدم تقييماً لمستوى الأداء الحالي لمظاهر وصعوبات التعلــم كما تحدد البرنامج العلاجي المناسب لجوانب الضعف التي تم تقييمها وهي:

١- اختبارات القدرة العقلية، يتم تحديد القدرة العقلية حيـث يعتـبر تحديـد القـدرة العقلية للطفل المعيار الأول في تشخيص ذوي صعوبـات التعلـم، فـاذا أثبتـت اختبارات الذكاء أن القدرة العقلية للطفل تقع ضمن حـدود الاعتـدال، اي مـا نسبة الذكاء ما بين ٨٥-١١٥، وأظهر الطفل في الوقت نفسه قصوراً واضحـاً في التحصيل الأكاديمي، فإن ذلك يكون مؤشراً أولياً على وجود حالـة مـن حـالات صعوبات التعلم.

٢- اختبـارات التكيـف الاجتمـاعي: نتعـرف منـه علـى مظـاهر النمـو والتكيــف الاجتماعي للطفل وذلك للكشف عن المظاهر السـلبية في تكيفـه الاجتمـاعي، ومن الاختبارات المستخدمة اختبار فيلاند للنضج الاجتماعي، واختبار الجمعيــة الاميريكية للتخلف العقلي والخاص بالسلوك التكيفي.

٣- اختبار الينوي للقدرات السيكولغوية: صمم هذا الاختبار من قبل كـيرك ١٩٦٨م ويصلح للفئات العمرية من ٢-١٠ سنوات أما الوقت اللازم لتطبيــق المقيـاس فهو ساعة ونصف وأما المدة اللازمة لتصحيحه فهي من ٣٠-٤٠ دقيقة.

٤- اختبار مايكل بست للتعرف إلى الطلبة ذوي صعوبات التعلم : أعد مـايكل بسـت ١٩٦٩م اختبار يسمى اختبار تقييم الطالب للتعرف على الطلبة ذوي صعوبـات التعلم، ويتكون هذا الاختبار من ٢٤ فقرة موزعة على خمسة أبعاد هي:

١- الاستيعاب.

٢- اللغة.

٣- المعرفة العامة.

٤- التناسق الحركي.

٥- السلوك الشخصي والاجتماعي.

- أساليب تدريس الأطفال ذوي صعوبات التعلم:

لقد وضعت العديد من الأساليب التربوية التي تهدف إلى علاج صعوبات التعلم عند الأطفال، ولقد قامت بعض هذه الأساليب على أساس العمل على علاج جوانب القصور التي تؤدي إلى المشاكل الدراسية، والسلوكية مثل علاج القصور العصبي والحركي واللغة وذلك بهدف المساعدة على الوصول إلى تحسين الأداء الأكاديمي والسلوكي مباشرة دون الخوض في المسببات.

ويبدو أن الاتجاه الحالي أميل إلى التحرك نحو تكييف البرامج المستخدمة في المواقف التعليمية لمواجهة الحاجات الفردية والخاصة للطفل، أكثر من محاولة تكيف (أي تدريب) الطفل حتى يتناسب مع البرامج التعليمية القائمة.

إذن المعلم يكون من واجبه القيام بتكييف طريقته في التدريس لتتناسب مع التقدم الذي يحرزه الطفل.

- مبادئ التعلم العامة:

يقوم التعلم الأساسي على مبادئ عامة:

١- أنه موحد لعامة الناس للذكر والأنثى.

٢- يستطيع أي إنسان الوصول إلى أي مرحلة.

٣- يجمع بين الدراسات النظرية والتطبيقية.

- مبادئ التعلم لذوي صعوبات التعلم:

١- يجب مراعاة الخصائص النمائية لكل طفل وقدراته وسرعته في التفكير.

٢- يجب وضوح الأهداف في ذهن المعلم حتى يستطيع إعطائها للمتعلم.

٣- يجب أن تكون الخبرات مناسبة للطفل وتكون ضمن احتياجاته اليومية.

٤- يجب أن تكون الخبرات متناسقة ومكملة لبعضها البعض بحيث تؤهل ذوي صعوبة التعلم لوظيفة معينة مناسبة لقدراته.

٥- يجب تنويع الخبرات فلا تقتصر على جانب واحد.

٦- يجب أن يكون المنهج مرناً شاملاً حتى يفسح المجال لمراعاة الفروق الفردية، على الرغم من أن المجموعة لن تصل إلى مستوى واحد.

٧- يجب أن تكون الخبرة هادفة ذات معنى تلبي احتياجاته وتبدأ من المحسوس إلى المجرد ومن السهل إلى الصعب.

٨- يجب إثارة الدافعية باستخدام التعزيز ويجب أن يكون لدى التلميذ استعداد وعلى قدر من النضج.

٩- يجب مراعاة الفروق الفردية وذلك بتنويع الأسلوب لدى المعلم لتحقيق الهدف.

١٠- مراعاة الفروق الفردية في عملية التقويم.

عند استعراض الأساليب التعليمية المختلفة التي تستخدم مع الأطفال الذين يواجهون صعوبات خاصة في التعلم، نجد أن طرق التدريب على العمليات التعليمية، وطرق تحليل الواجب التعليمي، والطرق التي تلجأ إلى دمج أسلوبي التدريب على العمليات وتحليل الواجب التعليمي، من بين أكثر الاستراتيجيات شيوعاً في الاستخدام في الوقت الحاضر.

١- طريقة التدريب على العمليات:

في ظل هذه الطريقة يتم تصميم خطة التدريب بهدف علاج وظائف العمليات التي تعاني من ضعف أو قصور عند الطفل، على سبيل المثال: إذا كان طفل ما يعاني من مشكلة في القراءة نتيجة لضعف مهارات التمييز السمعي، في هذه الحالة يمكن إعطاء الطفل تدريباً على التمييز بين أحد الأصوات وصوت آخر، الأمل هنا هو أن تستمر هذه المهارة في النمو والتطور ومن ثم تسهل التقدم في المهارات الكلية للاستماع والقراءة فيما بعد، فيمكن تعليم الطفل المهارات في

المجالات الإدراكيـة كالرسـم والابتعـاد عـن الأدوات الحـادة خاصـة في دور الحضانـة ورياض الأطفال على أمل أن مـهارات القـراءة ومـهارات التعلـم المدرسـي سـوف تتحسن تلقائياً في المستقبل.

٢- أسلوب تحليل الواجب التعليمي (تحليل المهمات):

يتطلب أسلوب تحليل المهمات التعليمي كطريقة علاجية تحديداً دقيقاً وفـهماً واضحاً لكل الخطوات الجزئية المطلوبة لتعلم اي واجب من الواجبات ، يعتبر بوش ١٩٧٦م من أشد المتحمسين لهـذه الطريقـة، يقـول بـوش أن هـذا الأسـلوب يسـمح للمعلم أو القائم بالتشخيص أن يحدد تحديداً دقيقاً الخطوة التي تصلح لأن يبدأ منها تعلم الطفل، يمكن الحصول على مثل هذه المعلومات من خلال القياس أو الملاحظـة التي تتم بعناية فائقة.

ويقصد بتحليل المهمة التدريب المبـاشر علـى مـهارات محـددة ضروريـة لأداء مهمة معطاة، أن أحد الاستراتيجيات الأساسية التي دائماً ما يستخدمها المـدرس مـع الأطفال ممن يعانون من صعوبة في تعلم القراءة، أو الكتابة أو الحسـاب في المدرسـة وتتمثل في:

١- تحديد الأهداف.

٢- تجزئة المهمة التعليمية إلى وحدات صغيرة أو عناصر المهمة الفرعية المكونة لها.

٣- تحديد المهارات الفرعية التي يتمكن الطفل من أدائـها وتلـك الـتي يعجـز عـن القيام بها.

٤- يبدأ التدريس بالمهارة الفرعية الـتي لم يتقنـها الطفـل ضمـن مجموعـة المـهارات الفرعية المتسلسلة للمهارة التعليمية.

ويطلق على هذا الأسلوب تحليل المهمة الذي يسمح للطفل بأن يتقن عناصر المهمة ومن ثم يقوم بتركيب هذه العناصر أو المكونات بما يساعد على تعلم وإتقـان المهمة التعليمية بأكملها وفق تسلسل منظم، وقد تم دعم وجهة النظر من قبل محللي السلوك التطبيقي حينما أشاروا إلى أهمية هذا الأسلوب التدريبي من حيث:

١- الكشف عما يستطيع الطفل عمله وما لا يستطيع في مهارة معينة.

٢- تحديد ما إذا كان الطفل يمتلك السلوكات الضرورية للنجاح في أداء المهمة ام لا.

٣- تحديد الأهداف بعبارات إجرائية قابلة للملاحظة.

٤- تنظيم برنامج علاجي منظم يستخدم أساليب التعزيز.

ولا يفسر محللو السلوك التطبيقي العمليات والقدرات التي تشكل أساس الصعوبات ولكنهم يعتمدون فقط على التاريخ التفاعلي للطفل، وعلى السلوك الحالي والظروف البيئية، فهم يؤمنون بأن أسلوبهم - وهو أسلوب المهمة الموجهة والقابلة للملاحظة - هو أكثر الأساليب فعالية ويؤمن البعض الآخر بأنه الأسلوب الوحيد الذي يحتاج إليه في اي نمط من صعوبات التعلم.

٣- الجمع بين أسلوبي التدريب على العمليات وتحليل الواجبات:

تستفيد الغالبية العظمى من الأطفال من الاستراتيجيات التعليمية التي تجمع مميزات كل من الأسلوبين السابقين، الأسلوب الناتج يضم مزايا التدريب على العمليات ومزايا تحليل الواجب التعليمي في برنامج علاجي واحد، هذا يعني أن الطفل يتعلم استخدام عملية محددة للقيام بالواجب المرغوب فيه، في إطار هذا الأسلوب، فإن طفلاً ما قد يظهر صعوبة في تمييز الأشكال الهندسية، وقد يترتب على هذه المشكلة الإدراكية أن يجد الطفل صعوبة في تمييز أشكال الحروف الهجائية، وفي هذه الحالة يجب أن تهدف الجهود العلاجية إلى تعليم الطفل أشكال الحروف أكثر من اهتمامها بتعليمه الأشكال الهندسية في حد ذاتها، ما دام تمييز الحروف هو الهدف المباشر والنهائي.

البرامج التربوية المقدمة للأطفال ذوي صعوبات التعليم:

الفرق بين هدف التربية الخاصة والتربية العامة: هو نفس الهدف، لكن الاختلاف بينهم يكمن في:

١- الأغراض.   ٢- أنواع الخدمات المقدمة.

٣- طريقة تقديمها.

المؤثرات التي تحدد أهلية الطفل لتلقي خدمات التربية الخاصة:

بعد انتهاء عملية التقويم ودراسة حالة الطفل الفردية يتعرف الفريق المتعدد التخصصات فيما إذا كان الطفل يعاني من صعوبة في التعلم ويكون مؤهلاً للاستفادة من برامج التربية الخاصة والخدمات المساندة وهناك خمسة أهداف رئيسية لاجتماع الفريق المتعدد التخصصات للحكم على أهلية الطفل لتلقي الخدمات:

١- العمل على فهم مشكلة الطفل .

٢- تقرير حاجات الطفل التربوية المميزة.

٣- تقرير أهلية الطفل للبرامج التربوية الخاصة والخدمات المساندة.

٤- تقرير ما إذا كانت حاجات الطفل يمكن تلبيتها من خلال برامج المدرسة العادية أو برامج التربية الخاصة.

٥- إذا تم التحقق من أهلية الطفل لتلقي خدمات التربية الخاصة خلال فترة بسيطة من الاجتماع عندئذ يتم توجيه الوقت المتبقي في كتابة البرنامج التربوي الفردي.

ويجب أن يتنوع الأفراد الذين يشكلون الفريق المتعدد التخصصات من حالة إلى أخرى وذلك بالاعتماد على طبيعة وحدة المشكلة وكمية المعلومات اللازمة لتقرير الأهلية وكتابة البرنامج التربوي الفردي، وفي جميع الحالات يجب أن يعطي الأهل الفرصة في حضور الاجتماع الخاص بتقرير أهلية الطفل لبرامج التربية الخاصة.

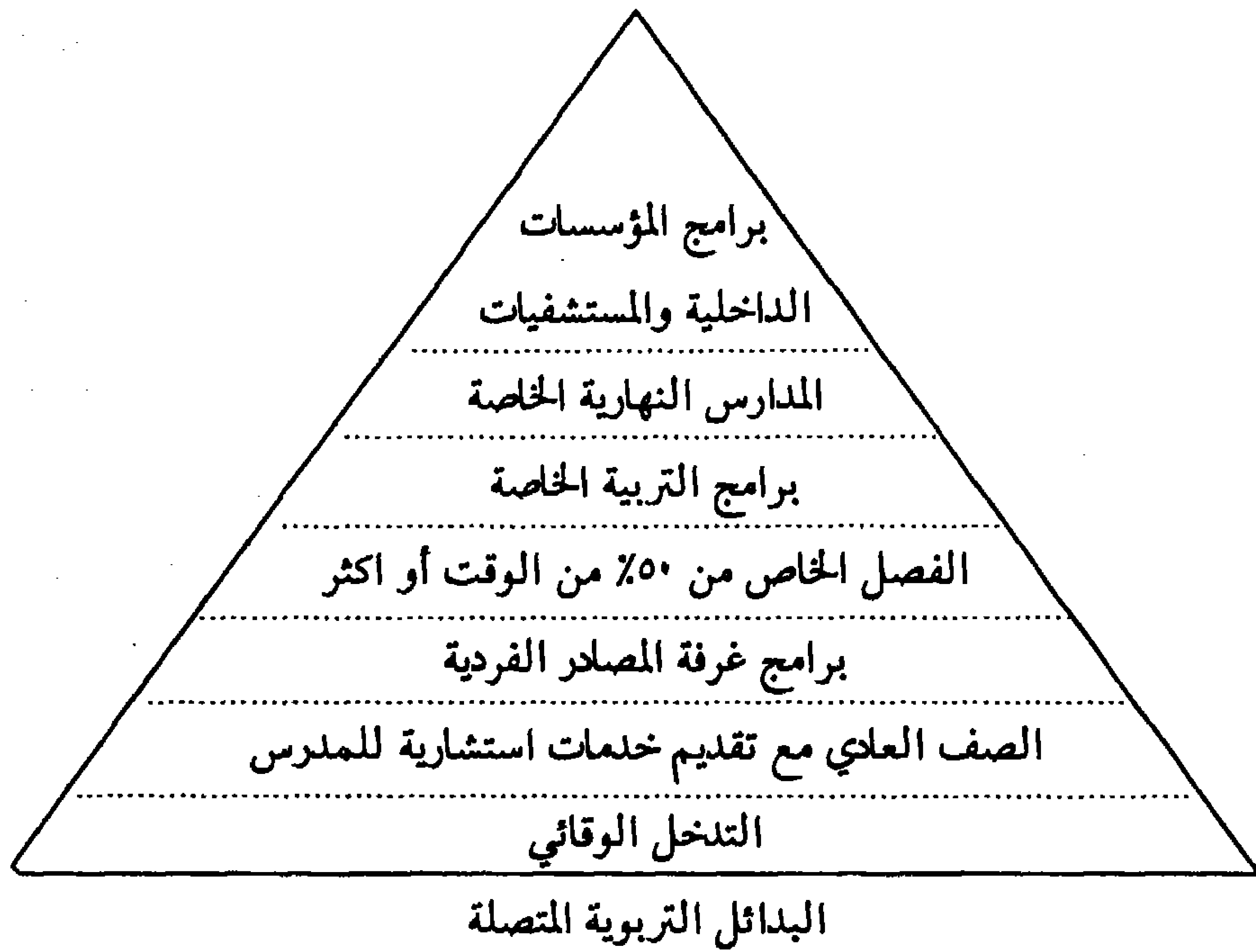
البرامج التربوية البديلة:

إن القرارات المتعلقة بتحديد المكان التربوية للطالب يجب أن تعتمد على نتائج التقويم الشامل واجتماع الفريق متعدد التخصصات، وتتوقف الخدمات التي يتم التوصية بها على حاجات الفرد، وبسبب وجود أنواع مختلفة من صعوبات التعلم التي تتراوح بين البسيط والشديد من المهم أن يتم تقديم مدى من الخدمات والبدائل المكانية المختلفة ويعرض النموذج الموضح المستويات المختلفة.

يبدأ النموذج بالتدخل الوقائي ويمثل كل مستوى من المستويات زيادة في كمية خدمات التربية الخاصة، وعلى عكس ذلك كلما أصبحت الخدمات أكثر تخصصاً فإن

عدد الطـلاب الذيـن يحتـاجون إلى خدمـات التربيـة الخاصـة يتنـاقصون، فالتنـاقص التدريجي في تصميم البرنامج يشير إلى أن عدداً قليلاً من الطلاب بحاجـة إلى برامـج المؤسسات الداخلية، أكثر من الطلاب الذين يتم وضعـهم ضمـن الصـف العـادي الذي تقدم فيه خدمات المدرس الاستشارية.

إن مفهوم وضع الطفل في برامج لحاجاتهم يقصد به الابتعاد بأقل درجة ممكنة عن الصف العادي وهو ما يسمى بالبديل الأقل تقييـداً، وإن أحـد أهـداف التربيـة الخاصة يتمثل في نقل الطالب من مستوى إلى آخر باتجاه مستوى الصف العادي.



البدائل التربوية المتصلة

كذلك هناك تصنيف آخـر للـبرامج التربويـة لـذوي صعوبـات التعلـم، (أي طرائق تنظيم برامج الأطفال ذوي صعوبات التعلم) ما يلي:

١- مراكز التربية الخاصة للأطفال ذوي صعوبات التعلم.

٢- الصفوف الخاصة للأطفال ذوي صعوبات التعلم في المدرسة العادية.

٣- دمج الأطفال ذوي صعوبات التعلم في الصفوف العادية في المدرسة العادية.

ومهما كان شكل تنظيم البرامج التربوية للأطفال ذوي صعوبات التعلم، فإن إعداد البرامج التربوية الفردية، هي الأساس الأول في تلك البرامج، وخاصة إذا ما بنيت تلك البرامج على أساس ما يسمى بالتدريس العلاجي.

يستخدم مصطلح التدريس العلاجي للدلالة على نوعية البرامج التربوية لحالات صعوبات التعلم، وقد تكون واحدة من المهمات الرئيسية لمدرس الأطفال ذوي صعوبات التعلم قياس مظاهر صعوبات التعلم وتشخيصها لديهم بهدف إعداد الخطة التربوية الفردية (IEP) وتشير ليرنر ١٩٧٦م إلى خمس خطوات رئيسية في البرنامج التربوي للأطفال ذوي صعوبات التعلم:

١- قياس مظاهر صعوبات التعلم وتشخيصها.

٢- تخطيط البرامج التربوية (صياغة الأهداف وطرائق تنفيذها).

٣- تطبيق البرنامج التربوي.

٤- تقييم البرنامج التربوي.

٥- تعديل البرنامج التربوي على ضوء نتائج عملية التقييم.

العوامل التي تساعد المعلم في إنجاح البرنامج التربوي:

١- التحكم في الوضع الفيزيقي للغرفة الدراسية.

٢- الوقت الذي يستغرق البرنامج التعليمي.

٣- تحديد المهمات المطلوبة من الطفل وتحديد صعوبة تلك المهمة.

٤- تحديد طرائق الاتصال بين المدرس والطفل.

٥- تحديد العلاقة الشخصية اللازمة بين المعلم والتلميذ.

أما فيما يتعلق بأسلوب تدريس الأطفال ذوي صعوبات التعلم فتقترح ليرنر ١٩٧٦م استخدام أسلوب تحليل المهمة التعليمية إلى عدد من الخطوات الفرعية وهي:

١- تحديد طرق الاتصال الإدراكية لاستقبال المهمة التعليمية والتعبير عنها، فهل هذه الطرائق سمعية أم بصرية أم حسية؟

٢- تحديد النظام الحسي الإدراكي اللازم للتعبير عن المهمة التعليمية، فهل تحتاج هذه المهمة إلى حاسة واحدة أو أكثر للتعبير عن تلك المهمة؟

٣- تحديد طبيعة المهمة التعليمية فهل هي لفظية أم غير لفظية.

٤- تحديد طبيعة المهمة التعليمية الاجتماعية.

٥- تحديد طبيعة العمليات العقلية اللازمة للتعبير عن المهمة التعليمية.

ويقترح هلهان وولسن ١٩٧٨م أربعة من البرامج التربوية في التدريس العلاجي لذوي صعوبات التعلم وهي:

١- برنامج تدريبي على العمليات الأساسية وهي القراءة والكتابة ويعتمد هذا البرنامج على تعليم المهارات البصرية والحركية، والمهارات الحسية الحركية.

٢- برنامج التدريب لعدد من الحواس وربطها معاً.

٣- برنامج تدريب الأطفال ذوي النشاط الزائد وهذا النشاط يعتمد على تخفيض عدد المثيرات الخارجية التي تؤدي إلى نشاط زائد.

٤- برنامج التدريب المعرفي ويعتمد على تقديم نماذج تعليمية حسية للطفل الذي يعاني من مظهر أو أكثر في صعوبات التعلم.

وتشير معظم الدراسات والأبحاث إلى أهمية استخدام التعليم الحسي المعرفي، اي توظيف أكثر من حاسة في عملية التعلم.

اعتبارات أساسية لتدريس الأطفال ذوي صعوبات التعلم في غرفة المصادر:

إن التدريس في غرفة المصادر يقوم على افتراض أساسي وهو أن الأطفال الذين يعانون من صعوبات في التعلم يمكنهم أن يستفيدوا من مناهج الفصل العادي ولكن مع بعض المساعدة ومع تقديم بعض الخدمات الخاصة، ولهذا فلا يجب بأي حل من الأحوال، إهمال جوانب القوة أو الموهبة التي لدى هؤلاء الأطفال، فلا يجب أن نحرمهم من فرصة تعلم مناهج الفصل العادي، لأنهم يعانون من قصور في بعض المهارات الأساسية مثل القراءة، الحساب، الكتابة، وغيرها، فوضع هؤلاء الأطفال معاً في فصل خارج نطاق الفصل العادي وتعليمهم وفق مناهج بديلة سوف

لا يخدم الكثير منهم، ولهذا فإن هناك فرصة كبيرة لهم لأن يستفيدوا من المناهج العادية إذا ما قدمت لهم ولمدرسيهم المساعدة الملائمة من غرفة المصادر، إن وضع الطفل الذي يعاني من صعوبات في التعلم في غرفة المصادر لجزء من اليوم الدراسي سوف يساعده على التفاعل مع الأفراد العاديين في المجتمع أو في موقع العمل، فعن طريق التنقل بين الفصل العادي وغرفة المصادر يتمكن الطفل من اكتساب الكثير من المهارات اللازمة للتفاعل الاجتماعي، في حين أن اقتصار تعليم الطفل ذي الصعوبات في التعلم على الفصول الخاصة سوف لا يساعده على اكتساب هذه المهارة، ولهذا فمن خلال غرفة المصادر يمكن لمدرس غرفة المصادر أن يعمل مع مدرس الفصل العادي من اجل تدعيم دور مدرس الفصل العادي في التفاعل مع الأطفال ذوي الصعوبات في التعلم داخل غرفة الفصل.

ـ ارشادات لمدرسي الأطفال الذي يعانون من صعوبات في التعلم:

هذه مجموعة من الإرشادات مقدمة لمدرسي الأطفال من ذوي صعوبات التعلم سواء كان هذا المدرس في غرفة المصادر أو في الفصل العادي، أو في الفصول الخاصة، بإمكان المدرس أن يتبع منها ما يتناسب مع طبيعة كل طفل ومع طبيعة المادة التعليمية التي يدرسها أو ما يتلاءم مع إمكانيات الفصل الذي يعمل فيه، وذلك بما يعود على المتعلم بالفائدة والمنفعة:

١- احرص على أن تعمل وفق نظام متناسق (طرق وأساليب التدريس، الوسائل المساعدة، الجداول، القواعد واللوائح)، مع تغيير تدريجي بسيط يتلاءم مع طبيعة كل متعلم.

٢- خصص وقتاً محدداً لأداء واجب معين.

٣- ابدأ أولاً بالواجبات التي تحتاج إلى وقت قصير ثم بالتدريج انتقل إلى الواجبات التي تحتاج إلى وقت أطول.

٤- عليك أن تكون موضوعياً وأن تبتعد عن الذاتية خلال فترة عملك كما أن عليك أن تكون متحمساً لهذا العمل.

٥- كن ثابتاً وصلباً وفي نفس الوقت عليك أن تحتفظ بالهدوء وإن تكون لطيفاً حنوناً.

٦- تكلم ببطء وبثبات وبوضوح وبصوت مقبول.

٧- يجب أن تكون واثقاً بأن الطفل يستطيع أن يؤدي ما قد طلبته منه.

٨- يجب أن يكون لديك ثقة بنفسك، واجعل صوتك يعبر عن هذه الثقة.

٩- يجب الإصرار على أن يتبع الطفل التعليمات التي توجهها له وأن يكمل الواجب المطلوب منه.

١٠- بقدر الإمكان اجعل الواجب ينتهي بملاحظات إيجابية.

١١- لا تجعل الطفل يتحكم بالموقف يجب أن تكون بيدك مقاليد الأمور وذلك فيما يختص بتوزيع الواجبات وإصدار التعليمات.

١٢- استمر في توجيه التلاميذ خلال أداء الواجبات.

١٣- يجب أن تكون توجيهاتك وملاحظاتك قصيرة ومبسطة ومتعلقة بالواجب.

١٤- امنح الطفل الوقت الكافي للاستجابة للتوجيهات إذا كان هذا ضرورياً.

١٥- اصدر التوجيهات بأسلوب العبارة وليس بأسلوب السؤال الذي يتيح للطفل فرصة الاختيار.

١٦- لا تستخدم أسلوب التهديد والوعيد بل اتبع أسلوب تكرار القواعد وتتابع الأحداث.

١٧- يجب أن تكون لديك معرفة وخبرة بأساليب تعديل السلوك.

١٨- اتبع أسلوب المقابلة مع الطفل إذا احتجت إلى ذلك.

١٩- وفر البيئة التعليمية المناسبة كي يظهر الطفل استعداداته الكامنة، وذلك عن طريق النماذج والتعينات الدراسية أو حرية اكتشاف الأشياء بنفسه.

٢٠- تخلص بالتدريج من الأساليب المؤقتة التي استخدمتها لمعالجة بعض جوانب القصور لدى الطفل مثل أساليب تعديل السلوك، والأوقات الحرة، والدواء وغيرها.

٢١- كل طفل يجب أن يعامل بطريقة فردية إلا أن هناك بعض الأساليب التي يمكن أن تستخدم مع جميع الأطفال.

٢٢- كن جاهزاً وذلك بأن يكون لديك خطط يومية حتى تضمن استمرارية حركة الطفل في الاتجاه الصحيح.

٢٣- خذ بعين الاعتبار أن جميع الأطفال ليست حاجاتهم متشابهة.

٢٤- لا تهمل الفروق الفردية ليس فقط فيما يختص بالقدرات بل أيضاً في الزمن المتوقع للانتهاء من أداء الواجب.

٢٥- لا تكلف الطفل بعمل يتطلب وقتاً طويلاً لأنه لن يتعلمه، بل حاول أن تختار العمل والزمن اللذين يتناسبان مع كل طفل.

٢٦- إذا كان الواجب صعباً فقسمه إلى أجهزة بسيطة أو استبدله بواجب أسهل.

٢٧- لا تستخدم المواد التعليمية فقط لأنها متوافرة لديك.

٢٨- نظم استجابات الطفل في المواقف التعليمية.

٢٩- يجب أن يصمم البرنامج الخاص بالطفل بناء على حاجاته وقدراته والوسائل التعليمية المتاحة.

٣٠- اتبع أساليب التشخيص المناسب، وتابع على تقييم ذاتك وتقييم الطفل والبرنامج التعليمي.

٣١- استخدم المواد التعليمية بتتابع منظم.

٣٢- أثناء انشغالك بالعمل مع أحد الأطفال احرص على أن تشغل الأطفال الآخرين بأعمال مناسبة وخصص مكافأة للعمل الأفضل.

وأخيراً على المدرس أن يستخدم النتائج السارة المعززات لمساعدة الطالب على التعلم، والمعزز شيء نحبه، وبما أن معظمنا يحب العديد من الأشياء فإنه يوجد عدد ضخم من المكافآت التي تجعلنا نعلم ونتعلم، على أية حال، بما أننا فرائد من نوعنا كأفراد فالمكافآت التي يستجيب لها شخص ليست دائماً نفس المكافآت التي يستجيب لها شخص آخر بنفس الاستجابة، معظم الأطفال يحبون الحلويات ومعظم الكبار يحبون النقود، هاتان المكافأتان الشائعة للعديد من الناس، على أية حال فبعض الأطفال يحب الرياضة والبعض الآخر لا يحبها، بعض الكبار أو البالغين

يحبون البستنة بينما الآخرون يفضلون شيئاً آخر، لذا مكافآت كل شخص فريدة من نوعها، إذن:

١- يساعد التعزيز في جعل التعليم فعالاً وممتعاً بالنسبة للطالب والمعلم على السواء.

٢- المكافآت العرضية الخارجية، تعطى من قبل شخص آخر، وهذه يمكن أن تكون مكافآت اجتماعية مثل مدح أو تصفيق بالأيدي، أو عناق، أو طعام أو شراب أو موسيقى أو لعبة ما أو أشياء اخرى كثيرة.

٣- المكافآت الجوهرية (الحقيقية) لا تعطى من قبل شخص وإنما تعزى للمتعة التي يشعر به الطالب أثناء قيامه بنشاط معين.

٤- الأشخاص على اختلافهم يعتبرون أشياء مختلفة كمكافأة، لذلك علينا أن نعرف الشيء الذي يمثل مكافأة بالنسبة للشخص الذي نعمل معه وهذا ما يسمى بـ تقييم المكافأة.

٥- إن تقييم المكافأة يقوم على أساس معرفتنا بالشخص، وإعطاء فرصة اختيار المكافأة أو عرض المكافأة بطريقة متسلسلة (اختيار العينات المتتابع).

٦- يجب أن تعطى المكافآت العرضية الخارجية فوراً بعد استجابة الطالب كما يجب أن تعطى بحماس وبشكل ثابت.

٧- يمكن أن تكون المكافآت العرضية الخارجية صعبة أو سهلة الاستعمل، المكافآت الاجتماعية سهلة لأنها تعطى فوراً ولا تدوم وقتاً طويلاً، يمكن أن تكون المكافآت صعبة لنا لأننا لا نستطيع إعطاءها فوراً مثل (زيارة إلى مقهى)، أو لأننا لا نستطيع إيقافها بسهولة مثل (يمكن أن يستمر الطفل في مضغ قطعة الحلوى لمدة طويلة)، أحياناً علينا أن نستعمل مكافآت صلبة عندما تكون هي الشيء الوحيد الذي يستجيب له الطالب.

٨- يمكننا تحويل ما لا نعتبره مكافأة أو يعتبر مكافأة بسيطة إلى مكافأة أقوى وذلك بأقرانه مع مكافأة قوية لعمل ذلك، نعرض المكافأة المعروضة بعد الشيء الذي نود جعله مكافأة.

الفصل السابع

الاضطرابات السلوكية

أو الاضطرابات الانفعالية

تعريف الاضطرابات الانفعالية.

تصنيف الاضطرابات الانفعالية.

خصائص المضطربين انفعاليا.

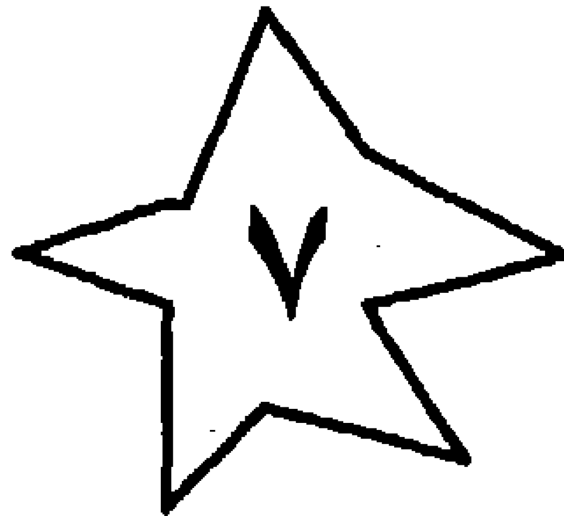
أسباب الاضطرابات الانفعالية.

قياس وتشخيص الاضطرابات الانفعالية.

نسبة الاضطرابات الانفعالية.

أساليب تدريس الأطفال المضطربين انفعاليا.

البرامج التربوية للأفراد المضطربين انفعاليا.



الفصل السابع

الاضطرابات السلوكية أو الاضطرابات الانفعالية

Behavioral Disorders or Emotional Disturbance

يعتبر مصطلح الاضطراب الانفعالي، من المصطلحات العامة وتستخدم ليتضمن عديدا من الحالات غير المحددة تحديداً دقيقاً كالمرض العقلي والذهان والأعصاب وانفصام الشخصية، والمخاوف المرضية، والوساوس، والسلوك القهري، وغير ذلك، وكل من هذه الأنواع من الاضطرابات خصائصه التي تميزه عن غيره من الاضطرابات الأخرى.

إذن تعددت المصطلحات التي تدل على موضوع الإعاقة الانفعالية كالاضطرابات الانفعالية والإعاقة الانفعالية والاضطرابات السلوكية**Emotional Impairment**، ومهما كانت المصطلحات التي تدل على موضوع الإعاقة الانفعالية فإن الإعاقة الانفعالية تمثل أشكالاً من السلوك الانفعالي غير العادية، والتي تستدعي الحاجة إلى التربية الخاصة.

وبالنسبة لميدان الاضطرابات الانفعالية فلا زلنا نواجه صعوبات خاصة بالتعريف فخلال العشرين عاماً الأخيرة ظهرت العديد من التعريفات على يد تربويين وأخصائيين نفسيين وذلك في محاولة منهم لتسهيل عملية وصف، وتحديد وتشخيص الاضطرابات الانفعالية بين التلاميذ، ومعظم التعريفات اعتمدت على المحك الذي يركز على أن الأطفال الذين يعانون من مشاكل سلوكية يظهرون أنماطاً متكررة من السلوك غير الملائم ومتناقضة عما هو متعارف عليه في المجتمع، كما يظهرون شعوراً شخصياً بعدم الرضى والفشل الاجتماعي، ولأن هذه الأنماط السلوكية غير ملائمة بالنسبة لعمرهم الزمني عبر مراحل العمر المختلفة، فإن تعريف هذه الفئة يعتمد إلى حد كبير على حدة **(Intensity)** ومدة **(Duration)** السلوك وهي الأبعاد التي تفرق بين السلوك السوي والسلوك اللاسوي، يضاف إلى

ذلك أن سلوك الطفل ليس هو المتغير الوحيد في تقرير الاضطرابات الانفعالية.

إن الارتباك وعدم الوضوح الذي حدث في تعريف الاضطرابات الانفعالية والذي أدى إلى عدم وجود تعريف واحد متفق عليه بشكل عام يعود إلى عدة أسباب أوردها كل من هيوارد واورلنسكي (١٩٨٠) وتتمثل في النقاط التالية:

١- وجود مشاكل في قياس الاضطرابات الانفعالية.

٢- لا يوجد اتفاق واضح حول مفهوم الصحة النفسية السليمة.

٣- إن كل نظرية من نظريات الاضطرابات الانفعالية قد اتبعت منهجاً وتعريفاً خاصاً.

٤- اختلاف درجة ونوع التأثير الثقافي على الأطفال.

٥- اختلاف المعايير الاجتماعية للسلوك المناسب من مجتمع إلى مجتمع آخر، فالسلوك المقبول في مجتمع ما قد لا يكون مقبولاً في مجتمع آخر.

٦- قد ترتبط الاضطرابات الانفعالية بإعاقة أخرى خاصة في حالة التخلف العقلي أو صعوبات التعلم مما يجعل من الصعب تحديد السبب الرئيسي في الاضطرابات الانفعالية.

وطبقاً لما ذهب إليه رينتر Reinert ١٩٧٢ فإنه وحتى منتصف السبعينات من هذا القرن فقد تم استخدام عدة مصطلحات من قبل العديد من الكتاب لتدل على الاضطرابات الانفعالية، وإن أكثر التسميات المستخدمة على نطاق واسع والمتعارف عليها ما يلي:

- سوء التكييف.
- سوء التكييف الاجتماعي.
- الاضطراب الانفعالي الشديد.
- المرض العقلي.
- الإعاقة التربوية.
- الجنوح.
- الإعاقة الانفعالية.
- صراعات الأطفال.
- الاضطرابات السلوكية.

والكثير من المصطلحات قد ورد ذكرها في التعريفات الخاصة بالاضطرابات الانفعالية، إلا أن أكثرها شيوعاً واستخداماً بعد مصطلح الاضطرابات السلوكية هو

مصطلح الاضطرابات الانفعالية والذي يعتبره كثير من المختصين مصطلحاً مرادفاً لمصطلح الاضطرابات السلوكية.

تعريف الاضطرابات الانفعالية (الاضطرابات السلوكية) :

هناك عدة تعريفات وكل منها اعتمد على منحنى خاص، وقد قسمت إلى مجموعات هي:

أولاً: مجموعة التعريفات ذات المنحنى الاجتماعي:

وتشتمل على عدة تعريفات ونذكر منها تعريف كوفمان Kuffman ١٩٧٧

إن الأطفال المضطربون انفعالياً هم الذين يستجيبون لبيئتهم بطريقة غير مقبولة اجتماعياً، وغير مرضية شخصياً، وذلك بشكل واضح ومتكرر، ولكن يمكن تعليمهم سلوكياً اجتماعياً وشخصياً مقبولاً ومفيدا).

ويمكن تلخيص ما تشير إليه التعريفات الاجتماعية للاضطرابات السلوكية :

١- السلوك المضطرب هو سلوك غير مقبول اجتماعياً.

٢- السلوك المضطرب متكرر الحدوث وواضح.

٣- إن الكبار في المجتمع الذي ينتمي إليه الفرد هم الذين يحكمون على نوعية السلوك.

٤- إمكانية تغيير السلوك غير المقبول واكتساب سلوكيات مقبولة.

٥- أهمية اعتبار العمر والجنس والوضع الاجتماعي عند الحكم على السلوك.

٦- إن الاضطرابات السلوكية تعرض الطفل لمشاكل خطيرة في حياته.

ثانياً: مجموعة التعريفات ذات المنحنى النفسي- اجتماعي:

وهناك عدة تعريفات نذكر منها:

أ- تعريف جروبرد Graubard ١٩٧٣:

الاضطرابات السلوكية هي تشكيلة من السلوكات المنحرفة والمتطرفة بشكل ملحوظ، وتتكرر باستمرار(مزمنة)، وتخالف توقعات الملاحظ، وتتمثل في الاندفاع، والعدوان والاكتئاب والانسحاب.

ب- تعريف نيوكمر New comer ١٩٨٠:

الاضطراب الانفعالي هو الانحراف الواضح والملحوظ في مشـاعر وانفعـالات الفرد حول نفسه وحول بيئتـه، ويستدل علـى وجـود الاضطـراب الانفعـالي عندمـا يتصرف الفرد تصرفاً يؤذي فيه نفسه أو الآخرين، في هذه الحالة تقول هذا الفـرد في حالة من الاضطراب الانفعالي.

ونلخص ما تشير إليه التعريفات النفس- اجتماعية للاضطرابات السلوكية:

١- الاعتماد على اتجاهات الملاحظ الذي يقوم بملاحظـة سـلوك الفـرد في تفسـير طبيعة ونوعية السلوك.

٢- الاندفاع، والعدوان، والاكتئاب، والانسحاب، والخروج عن القواعد والعـرف الاجتماعي تعتبر من خصائص المضطربين سلوكياً.

٣- ارتباط الشعور بعدم السعادة بالاضطرابات الانفعالية والسلوكية.

٤- ارتباط الفشل المتكرر بالاضطرابات الانفعالية والسلوكية.

ثالثاً: التعريفات ذات المنحنى التربوي.

وهناك عدة تعريفات نذكر منها:

أ- تعريف هويت وفوريس Heweet and forness ١٩٧٤:

الطفل المضطرب انفعالياً هو طفل غير منتبـه في الفصـل ومنسـحب، وغـير منسجم، وغير مطيع لدرجة تجعله يفشل باستمرار في تحقيق توقعات المدرس والمدرسة.

ب- تعريف لامبرت وباور Lambert and Bower ١٩٦١:

الطفل المضطرب انفعاليـاً هـو الـذي يـتراوح معـدل انخفـاض سـلوكه بـين المتوسط والحاد، وإن هذا الانخفاض في السلوك يعمل بدوره على تخفيض قدرته على أداء واجباته الدراسية بفاعلية، كذلك في تفاعله مع الآخرين، مما يؤثـر علـى خبراتـه الاجتماعية والتربوية، ويجعله عرضة لواحدة أو أكثر من النماذج السـلوكية الخمسـة التالية بشكل واضح:

١- عدم القـدرة علـى التعلـم الـتي لا ترتبـط بـالعوامل العقليـة أو الحسـية أو

العصبية أو الصحة العامة، وإنما ترتبط بالمشاكل السلوكية.

٢- عدم القدرة على بناء علاقات شخصية مرضية مع الأقران، والمدرسين، والاحتفاظ بهذه العلاقات.

٣- أنماط غير ملائمة أو غير ناضجة من السلوك والمشاعر في الظروف العادية.

٤- ميل لظهور أعراض جسمية مثل مشاكل في النطق والكلام، والآلام في الجسم، ومخاوف مرتبطة بمشاكل شخصية أو مدرسية

٥- مزاج عام من الشعور بعدم السعادة والحزن والاكتئاب.

ونلخص ما تشير إليه التعريفات ذات المنحنى التربوي.

١- التركيز على السلوك والأداء المدرسي.

٢- تأثير الخبرات الاجتماعية والتربوية بالاضطرابات الانفعالية.

رابعاً: التعريف ذي المنحنى القانوني:

تعريف كفارسيوس وميلر Kvaceus and Miller (١٩٥٩):

استخدم كل من كفارسيوس وميلر مصطلح جنوح الأحداث للدلالة على الاضطرابات الانفعالية لأن الأحداث الجانحين يظهرون كثيراً من المشاكل السلوكية المتشابهة لمشاكل الأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً، فقد عرف جنوح الأحداث من الوجهة القانونية بأنه (عبارة عن سلوك يصدر من الصغار ينتهكون فيه معايير وقوانين عامة، أو معايير مؤسسات اجتماعية خاصة وذلك بشكل متكرر وخطير بحيث يستلزم إجراءات قانونية ضد من قاموا بهذه الانتهاكات سواء كان فرداً أو جماعة).

- ما يشير إليه التعريف القانوني:

اقترح كل من كفارسيوس وميلر تطبيق أربعة تغيرات عند وصف الحدث بالجنوح وهي:

١- خطورة الانتهاك أو المخالفة.

٢- شكل أو نمط المخالفة.

٣- تكرار المخالفة.

٤- سلوك الفرد السابق وشخصيته.

بمراجعة مجموعة التعريفات السابقة نجد أن منها من اجتمع على الإشارة إلى بعض المحكات، وأن البعض الآخر قد انفرد بمحكات أخرى وذلك في تعريف الاضطرابات الانفعالية، لتصبح الصورة أكثر وضوحاً فيما يلي عرض لثلاث من المحكات التي اعتبرت أساساً للتعريفات الواردة في ميدان الاضطرابات الانفعالية :

١- انحراف السلوك عن المعايير المقبولة اجتماعياً.

٢- درجة ومدة تكرار السلوك.

٣- اختلاف معايير الحكم على السلوك باختلاف المجتمعات والثقافات.

تصنيف الاضطرابات الانفعالية :

إن الهدف من عملية تصنيف الاضطرابات الانفعالية هو المساعدة في تنظيم المعلومات التي من شأنها أن تساهم في وصف الظاهرة السلوكية وتحديد أبعادها مما يؤدي إلى إمكانية تقديم الخدمات العلاجية المناسبة للطفل الذي يعاني من اضطرابات في السلوك.

لقد مرت عملية تصنيف السلوك إلى فئات بمراحل متعددة عبر التاريخ ولم تظهر بشكل منتظم إلا في هذا القرن تركزت الجهود حول هذا الموضوع. ولقد كان للأطباء النفسيين السبق في عملية التصنيف فقد وضعوا الكثير من التصنيفات وطوروها، كما شارك التربويون أيضاً بجهود كبيرة في هذا الموضوع وذلك استجابة للحاجة الملحة لتفسير وتصنيف السلوك في المدرسة، ومن أهم التصنيفات التي انتشرت في مجال الاضطرابات الانفعالية ما يلي:

أولاً : تصنيف الجمعية الأميركية للطب النفسي (١٩٦٨-١٩٨٠) :

أ- تصنيف الجمعية الأميركية للطب النفسي عام ١٩٦٨ للاضطرابات السلوكية كما أورده ريتش(١٩٨٢) ويشمل على عشر فئات من الاضطرابات السلوكية هي:

١- التخلف العقلي.

٢- الأعراض العضوية في المخ.

٣- الذهان.

٤- العصاب.

٥- اضطرابات في الشخصية.

٦- الاضطرابات النفس جسمية.

٧- الأعراض الخاصة.

٨- اضطرابات ناتجة عن بعض المواقف المؤقتة.

٩- الاضطرابات السلوكية في مرحلة الطفولة والمراهقة:

- وتشتمل هذه الفئة على ستة أنواع محددة من الاضطرابات هي:

أ- الحركات الزائدة. ب- الانسحاب.

ج- القلق الزائد. د- الهروب.

هـ- العدوان غير الاجتماعي. و- جنوح الجماعة.

١٠- حالات أخرى غير محددة، وتتمثل هذه الفئة من الأفراد الذين يعتبرون من الناحية النفسية عاديين والذين لم يعانون من مشاكل حادة تطلب إجراء فحوصات نفسية عليهم.

ب- تصنيف الجمعية الأمريكية للطب النفسي للعام ١٩٨٠ كما أورده ابتر وكونولي(١٩٨٤) ويشتمل على خمس فئات من الاضطرابات هي:

١- الفئة العقلية ويشتمل على التخلف العقلي بدرجاته المختلفة(البسيط، المتوسط، الشديد).

٢- الفئة السلوكية، وتضم الفئة السلوكية تصنيفين أساسيين هما:

- قصور الانتباه الذي يصاحبه نشاط حركي زائد، أو قصور الانتباه غير المصحوب بنشاط حركي زائد.

- اضطرابات في التصرف، وتشتمل على الأنواع التالية:

أ- سوء تصرف غير اجتماعي عدواني.

ب- سوء تصرف غير اجتماعي وغير عدواني.

ج- سوء تصرف اجتماعي عدواني

د- سوء تصرف اجتماعي غير عدواني.

هـ- الشذوذ.

٣- الفئة الانفعالية: وتشتمل على ثلاث تصنيفات رئيسية هي:

أولاً: اضطرابات القلق في مرحلة الطفولة أو المراهقة، ومن أنواعها:

أ- قلق الانفصال.

ب- التجنب أو الإحجام (الصراع بين واقعين كلاهما غير مرغوب فيه، كما يتمثل بالحاجة إلى السلوك غير المقبول).

ج- القلق الزائد.

ثانياً: بعض الاضطرابات التي تظهر في مرحلة الطفولة المبكرة والطفولة المتأخرة، والمراهقة التي منها ما يأتي:

أ- التعلق التفاعلي بمرحلة الطفولة.

ب- اضطراب هستيري في الطفولة والمراهقة.

ج- البكم الاختياري أو رفض الكلام.

د- اضطراب الهوية (انعدام الشخصية الذي يظهر من خلال الارتباط بالآخرين)

٤- الفئة الجسمية: تضم هذه الفئة ثلاثة أنواع من الاضطرابات هي: اضطراب الأكل، اضطراب الحركة، بعض الاضطرابات التي يصاحبها مظاهر جسمية.

أولاً: اضطرابات الأكل، وتشتمل على:

أ- فقدان الشهية العصبي.

ب- الشره(الجوع المتواصل).

ج- الرغبة العارمة في تناول أطعمة غير مغذية.

د- اضطراب في اجترار الطعام.

ثانياً: اضطراب الحركة، وتشتمل على:

أ- الحركات الشاذة أو غير السوية.

ب- التشنجات أو اللزمات المؤقتة.

ج- الحركات التشنجية المزمنة.

ثالثاً: بعض الاضطرابات التي يصاحبها مظاهر جسمية، وتشتمل على:

أ- التأتأه. ب- سلس البول الوظيفي.

ج- عدم التحكم الوظيفي في التبرز. د- المشي أثناء النوم.

هـ- الرعب أثناء النوم.

٥- الفئة النمائية: تتقسم هذه الفئة إلى قسمين أساسيين من الاضطرابات هما:

أولاً: اضطرابات نمائية منتشرة، وتشتمل على:

أ- الانشغال الطفولي بالذات.

ب- الشذوذ النمائي المنتشر (العام).

ج- اضطرابات الطفولة النمائية.

ثانياً: اضطرابات نمائية محددة، وتشتمل على:

أ- اضطرابات القراءة النمائية.

ب- اضطرابات الحساب النمائية.

ج- اضطرابات اللغة النمائية.

د- اضطرابات التعبير النمائية.

هـ- اضطرابات نمائية مختلفة محددة.

و- اضطرابات نمائية شاذة محددة.

ثانياً: تصنيف جماعة تطوير الطب النفسي.

يتشابه تصنيف جماعة تطوير الطب النفسي إلى حد كبير مع تصنيف الجمعية الأمريكية للطب النفسي من حيث الاشتراك في المحك النفسي لتصنيف

الاضطرابات الانفعالية، وكذلك من حيث أنواع الاضطرابات، ويتألف نظام تصنيف جماعة تطوير الطب النفسي من عشرة تصنيفات للاضطرابات الانفعالية ثم ترتيبها بحيث تبدأ من الحالات البسيطة وتنتهي بالحالات الشديدة. ونذكرها كما أوردها نوف knopf(١٩٧٩):

١- الاستجابات الصحية.	٢- اضطرابات ردود الأفعال.
٣- الاضطرابات النمائية.	٤- الاضطرابات العصابية النفسية.
٥- اضطرابات الشخصية.	٦- الاضطرابات الذهانية.
٧- الاضطرابات النفس جسمية.	٨- الأعراض المتصلة بالمخ.
٩- التخلف العقلي.	١٠- اضطرابات أخرى.

ثالثاً: التصنيف الطبي.

اعتمدت معظم التصنيفات القديمة للاضطرابات الانفعالية على الأسلوب الطبي، ومن أبرز هذه التصنيفات تصنيف كانفر وساسلو kanfer and saslow (١٩٦٧)، حيث صنفا الاضطرابات الانفعالية إلى ثلاث فئات هي:

١- التصنيف على أساس الأمراض.

٢- التصنيف على أساس الاستجابة للعلاج.

٣- التصنيف على أساس الأعراض.

رابعاً: التصنيف حسب شدة الاضطراب.

قام كل من هلهان وكوفمان Hallahan and kauffman بتقسيم الاضطرابات الانفعالية إلى فئتين رئيسيتين وذلك حسب شدة الاضطراب، وهما:

١- فئة الاضطرابات البسيطة والمتوسطة:

تمثل هذه الفئة مجموعة الاضطرابات السلوكية البسيطة التي يعاني منها الأطفال في البيت أو المدرسة، والتي يمكن معالجتها بفاعلية في الفصل العادي أو المدرسة أو البيت عن طريق أو أولياء الأمور والمدرسين مع الاستعانة باستشارة بعض الأخصائيين في بعض الحالات.

٢- فئة الاضطرابات الشديدة والحادة:

وتمثل هذه الفئة مجموعة الاضطرابات الشديدة أو الحادة التي يعاني منها بعض الأطفال والتي تتطلب علاجاً شاملاً وطويل المدى، وتشمل هذه الفئة حالات الاجترارية والانفصام والذهان، كما يتم علاج هذه الفئة وفق برامج خاصة في الفصول الخاصة، أو المراكز العلاجية.

يسمح التصنيف القائم على شدة الاضطرابات بتقديم الخدمات التربوية الفعالة والمناسبة للأطفال المضطربين سلوكياً، ولكن يجب أن يسبق ذلك وضع المعايير والضوابط الموضوعية التي تفرق وتميز بين الأطفال الذين يحتاجون لعلاج شامل وطويل المدى، وبين أولئك الذين يحتاجون إلى مساعدة لفترة زمنية محددة من قبل المدرسين أو أولياء الأمور أو الأخصائيين.

خامساً: التصنيف النفس- تربوي.

قام مورس وآخرون Mores and al (١٩٦٤) بتصنيف التلاميذ المضطربين انفعالياً تصنيفاً نفسياً تربوياً إلى خمس فئات رئيسية هي:

١- العصاب.

٢- أمراض الدماغ وينتج عن أمراض الدماغ ثلاثة أنواع من الاضطرابات الانفعالية، الأول اضطراب الحركة، والثاني اضطراب في اللغة، والثالث التشنجات.

- تتمثل اضطرابات الحركة في الانسياق وعدم الاستقرار الانفعالي، والمبالغة في الاستجابة للمثيرات، والاستمرارية وغيرها.
- تتمثل اضطرابات اللغة في عسر القراءة ومشاكل متعلقة بالتعلم، وقصور في التوجه وصعوبات في استخدام رموز اللغة وغيرها.
- الاضطرابات المصحوبة بتشنجات.

٣- الفصام: وهو نوعين الأول غير متصل بالوظيفة العقلية، والثاني متصل بالإعاقة العقلية.

- يتمثل النوع الأول من الفصام غير المتصل بالوظيفة العقلية في اضطرابات

التواصل اللفظي، واضطرابات في تكوين علاقات مع الآخرين.

- النوع الثاني المتصل بالإعاقة العقلية فيتمثل بالبكم الارادي، والانسحاب، والاجترارية، وعدم التأثر.

٤- السذاجة- الإهمال.

٥- الشخصية غير المؤثرة.

سادساً: التصنيف القائم على السلوكيات التي تسبب مشكلة في المدرسة.

قام جروير وآخرون (١٩٦٨) بتطوير أسلوب التصنيف السلوك الذي يسبب مشكلة في المدرسة وذلك كي يتمكن المدرسون من التعامل بفاعلية مع الأطفال المضطربين انفعالياً في المدرسة. ولقد قام جروير وزملاؤه بتصنيف السلوك إلى ثلاث مستويات هي:

١- **المستوى العادي:** يتوافق المستوى العادي مع المعيار للسلوك من حيث الشدة والتكرار والاستمرارية، فقد تظهر المشكلة السلوكية في المستوى العادي نتيجة لواجبات تعلّمية جديدة، أو مواقف جديدة يتعرض لها الطفل ولكن سرعان ما تنتهي وتزول بعد فترة قصيرة، وعادة لا تكون لهذه المشكلة أثار تدميرية أو تخريبية.

٢- **مستوى المشكلة:** في هذا المستوى تكون المشكلة السلوكية منحرفة عن المعيار العادي للسلوك من حيث الشدة والتكرار والاستمرارية، حيث تؤدي إلى اضطراب الطفل بشكل ملحوظ ويستمر لفترة طويلة ولها أثار تدميرية أو تخريبية على الآخرين ولكنها ليست من التعقيد أو الشدة بحيث يستلزم الأمر تحويل الطفل إلى أخصائي بل يكتفي بأن يقوم المدرس بالتعامل مع هذه الحالات ومعالجتها.

٣- **مستوى الإحالة:** في هذا المستوى تكون المشكلة السلوكية من الشدة والتعقيد بحيث لا يمكن للمدرس أن يتعامل معها مما يتطلب تحويل الطفل إلى أخصائي العلاج السلوكي والاضطرابات السلوكية للتعامل مع هذه المشكلة.

سابعاً: تصنيف كوي (١٩٧٢).

قام كوي بتجميع مجموعة واسعة من المعلومات عن فئات الأطفال المضطربين انفعالياً وذلك عن طريق المدرسين وأولياء الأمور والسجلات التي تحتوي على تواريخ حياة هؤلاء الأطفال، ومن استجابات الأطفال أنفسهم على استبيانات أعدت خصيصاً لهذا الغرض، وبالتحليل الإحصائي لهذه المعلومات وجد أن الاضطرابات الانفعالية للأطفال تظهر على شكل مجموعات، فالأطفال الذين يظهرون بعض السلوكات في إحدى المجموعات من المرجح وبشكل كبير أن يظهروا أيضاً السمات والسلوكات الأخرى التي تظهر في تلك المجموعة.

وبالرغم من أن نظام كوي يتصف بالثبات وسعة الانتشار إلا أنه يعاب عليه إنه لا يقدم معلومات علاجية مما يحد من فائدته، هذا وقد وجد كوي أربعة فئات أساسية للاضطرابات الانفعالية وهي:

١- اضطرابات التصرف. ٢- اضطرابات الشخصية.

٣- عدم النضج. ٤- الجنوح الاجتماعي.

لقد قام كل من ابتر وكونولي(١٩٨٤) بتجميع المظاهر السلوكية التي يشتمل عليها تصنيف كوي في فئاته الأربعة وذلك على النحو التالي:

١- اضطرابات التصرف:

- عدم التعاون/ عدم الارتباط.
- المشاجرة/ الضرب.
- نوبات من المزاج الحاد.
- التحدي وعدم الطاعة.
- تخريب الممتلكات.
- توعد الضعفاء.
- السلبية/ الأنانية/ القاء اللوم على الآخرين.
- سهولة الاستثارة.
- التململ/ شرود الذهن/ عدم الاغتباط.
- المجادلة
- عدم الثقة بالنفس/ عدم تحمل المسؤولية.
- استخدام ألفاظ نابية.

٢- اضطرابات الشخصية:

- القلق/ الخوف/ التوتر.
- الانسحاب/ الانعزال/ الجبن/ الصمت.
- الاكتئاب/وشدة الحساسية.
- شعور بالدونية وعدم القيمة.
- سهولة التهيج.
- البكاء باستمرار.

٣- عدم النضج:

- قصر مدة الانتباه.
- ضعف التناسق.
- الاستسلام/ سهولة الانقياد.
- ضعف التركيز.
- انشغال البال/ التحديق في الفضاء/ أحلام اليقظة.
- الإتساخ/ الفوضى.
- الكسل/ النعاس/ عدم الاهتمام.
- الإخفاق في الانتهاء من عمل الأشياء.

٤- الجنوح الاجتماعي:

- الولاء لجماعة سيئة.
- السرقة مع الآخرين.
- العضوية في عصابة.
- التهرب من أداء الواجبات
- الهروب من المدرسة.
- البقاء خارج البيت إلى وقت متأخر من الليل.

خصائص المضطربين سلوكياً:

إنه من الصعب تحديد نموذج من المشاكل الانفعالية تصف به جميع الأطفال المضطربين انفعالية، فمشاكلهم متعددة ومتنوعة، وإن كل فرد يعتبر له خصائصه المتميزة أو الفريدة. هل تؤثر الاضطرابات الانفعالية أو الإعاقة الانفعالية على شخصية الفرد، الاضطراب الانفعالي يؤثر بطريقة مباشرة على خصائص الشخصية، كالخصائص الأكاديمية والاجتماعية والعقلية.

لقد قام بعض المختصين في دراسة الاضطرابات الانفعالية بإعداد قوائم تشتمل على أكثر الخصائص شيوعاً لدى الأطفل المضطربين انفعالياً، فمعظم هؤلاء

الأطفال لديهم واحدة أو أكثر من هذه الخصائص، ولكن لا يوجد طفل واحد لديه جميع هذه الخصائص، **وفيما يلي عرض لأهم الخصائص السلوكية للأطفال المضطربين انفعالياً:**

١- **الذكاء:** أشار كوفمان ١٩٨١ إلى أن الأطفال المضطربين انفعالياً يميلون إلى أن يكونوا أطفالاً أذكياء وهذا يعتبر خرافة، لأن البحوث أشارت إلى أن متوسط ذكاء الطفل المضطرب انفعالياً بدرجة بسيطة أو متوسطة حوالي ٩٠ درجة وأن هناك عدداً قليلاً من الأطفال المضطربين انفعاليا، ممن حصلوا على درجات مرتفعة في الذكاء أي قد تزيد نسبة ذكائهم عن متوسط الأطفال العاديين.

٢- **التحصيل الدراسي:** ذكر ميلر وديفز (١٩٨٢) أن معظم الدراسات قد أشارت إلى أن التحصيل الدراسي للمضطربين انفعالياً يعتبر منخفضاً إذا ما قورن بالتحصيل الدراسي للأطفال العاديين، ولاحظ عدد من التربويين أن هناك ارتباطاً قوياً بين صعوبات التعلم والاضطرابات الانفعالية، فالكثير من الأطفال الذين لديهم اضطرابات أنفعالية لديهم أيضاً مشاكل دراسية في نفس الوقت.

ووضع كوفمان(١٩٧٧) المسؤولية كاملة على عاتق كل من المدرس والمدرسة في انخفاض التحصيل الدراسي لدى الأطفال المضطربين انفعالياً وذلك بعدم مراعاتهم للجوانب الآتية في تعاملهم مع الأطفال المضطربين انفعالياً :

١- عدم مراعاة المدرسين للفروق الفردية بين الأطفال، والفروق داخل الطفل نفسه.

٢- توقعات المدرسين نحو الأطفال المضطربين انفعالياً تكون في كثير من الأحيان غير مناسبة.

٣- عدم متابعة المدرس وعدم علاجه لجوانب القصور التي يعاني منها الطفل.

٤- اقتصار التعليم على مهارات غير وظيفية.

٥- استخدام طرق غير مناسبة للتعزيز.

ويذكر هلهان (١٩٧٧) وهيوارد (١٩٨٠) إلى أن تدني أداء الأفراد المضطربين انفعالياً من الناحية التحصيلية وأن الدراسة التي اجراها جلافن وزميله (١٩٧١)

على ١٣٠ طفلاً من الأطفال المضطربين انفعالياً أشارت إلى أن ١٨٪ من تلك المجموعة تواجه مشكلات تحصيلية في القراءة، وأن ٧٢٪ منهم تواجه مشكلات تحصيلية في الرياضيات، ويضيف هلهان إلى ذلك، مشكلات أخرى ترتبط بخصائص الأطفال المضطربين انفعالياً، مثل مشكلات القيام بمهارات الحياة اليومية الإنسانية، كالنظافة، وارتداء الملابس، والاستحمام.

ولا أحد ينكر العلاقة الإيجابية بين القدرة العقلية والمستوى التحصيلي للفرد، كما يمكن تفسير تدني الأداء التحصيلي للأفراد المضطربين انفعالياً بعامل آخر هو أثر مظاهر الاضطراب الانفعالي على انتباه وتركيز الأطفال المضطربين انفعالياً في المواد الدراسية، فالطفل المضطرب انفعالياً يشغل معظم وقته وتفكيره في أشكال السلوك العدواني أو الإنسحابي، ويصعب أن يركز انتباهه للمدرس. ويمكن تفسير تدني الأداء التحصيلي لارتباطها بمظاهر أخرى بصعوبات التعلم والتي يعتبر فيها النشاط الزائد للفرد سبباً في تشتت انتباه الفرد وتركيزه.

٣- العدوانية:

يعتبر السلوك العدواني واحداً من الخصائص التي يتصف بها كثير من الأطفال المضطربين انفعالياً ومع أن العدوانية تعتبر سلوكاً مألوفاً في كل المجتمعات تقريباً إلا أن هناك درجات من العدوانية بعضها مقبول ومرغوب كالدفاع عن النفس، والدفاع عن حقوق الآخرين وغير ذلك، وبعضها غير مقبول ويعتبر سلوكاً هداماً ومزعجاً في كثير من الأحيان، ففي المدارس مثلاً نجد أن العدوانية غير المرغوبة تظهر على أشكال مختلفة منها الإساءة اللفظية والجسدية للآخرين، وتخريب ممتلكات المدرسة، وعدم إطاعة القواعد والتعليمات حيث يواجه المدرس صعوبة في إدارة الصف وتوجيهه.

وأشار ميلر وديفر (١٩٨٢) إلى أن هناك خمسة محكات أساسية يستطيع من خلالها تعريف العدوانية وتحديدها، وهي:

- نمط السلوك.
- شدة السلوك.
- درجة الألم أو التلف الحاصل.
- خصائص المعتدي.
- نوايا المعتدي.

وأظهرت الدراسات أن العدوانية ناتجة عـن دوافـع داخليـة لا شعوريـة، وأن العدوانية تعتبر سلوكاً متعلماً، فالأطفال يتعلمون كثير مـن السـلوكيات العدوانيـة عن طريق ملاحظتهم لآبائهم وإخوانهم ورفاقهم في اللعب.

لذا فقد نادى البعض بأن من الأفضل السماح للأطفال بتفريغ عدوانـهم بحريـة في مراحلها الأولية قبل أن تكبت وتظهر على شكل سلوك عدواني مدمر في المستقبل.

٤- النشاط الحركي الزائد/ تشتت الانتباه/ الاندفاع:

ترتبط هذه الخصائص ببعضها البعض ارتباطاً أساسياً، فتوافر خاصيـة واحـدة من هذه الخصائص الثلاث لدى الفرد معناه تواجـد أو إمكانيـة تواجـد الخصـائص الأخرى، كالاندفاع والتهور والعشوائيـة في إصـدار الأفعـال، وهـو الاسـتجابة لأول فكرة تطرأ على بال الفرد، أما تشتت الانتباه فهو عدم القدرة على المتابعة والـتركيز الانتباه على المهمات المدرسية، أما النشاط الحركي الزائد فيعتبر العامل الرئيسـي في هذه الخصائص الثلاث وهو في كثير من الأحيان سبب رئيسـي لكـل مـن الاندفـاع وتشتت الانتباه، فالنشاط الحركي الزائد هو زيادة النشاط عن الحد المطلـوب بشكـل مستمر، كما أن كمية الحركة التي يصدرها الطفل لا تكون مناسبة مع عمـره الزمـني، فالأطفال في سن الثانية تكون حركتهم نشطة جداً باتجاه استكشاف البيئة، لـذا فـهي تعتبر مناسبة لعمرهم الزمني، إلا أن نشاطاً مساوياً لهـذا مـن قبـل الطفـل عمـره ١٠ سنوات خلال المناقشة الصفية يعتبر نشاطاً غير مناسب.

وأكد برودين وآخرون Broden and al (١٩٧٠) علـى أن النشـاط الحركـي الزائـد يشتـت الانتبـاه، والاندفـاع، يعتـبر مـن المشـاكل المصاحبـة للاضطرابـــات الانفعالية، ولا يقتصر النشاط الحركي الزائد على المضطربين انفعاليـاً فقـط بـل أن هناك نسبة كبـيرة مـن أطفـال المـدارس ممـن لا يعـانون مـن اضطرابـات انفعاليـة يوصفون بأنهم لديهم نشاط حركي زائد، وهذه النسبة تتراوح ما بـين ١٥-٣٠٪ مـن إجمالي تلاميذ الولايات المتحدة الأميركية.

ولقد أثبتت معظم الدراسات أن بعض الأطفال ذوي النشاط الزائـد لديـهم مشاكل تعليمية، وأن تحصيلهم الدراسي ضعيف وأن كل من المعالجين والتربويين قد

لاحظوا أن الأطفال ذوي النشاط الزائد مختلفين في أدائهم التعليمي عن الأطفال العاديين، فأحياناً يكون أداؤهم ممتازاً وأحياناً أخرى يكون منخفضاً جداً، وناقش مارجليس (١٩٧٦) ثلاث احتمالات يمكن أن تكون سبباً في المشاكل التعليمية عند الأطفال ذوي النشاط الحركي الزائد:

١- إن الحركات الزائدة غير الأساسية خاصة حركات الرأس والعينين تؤدي إلى مشاكل في التعلم، كما أن مضاعفة النشاط الحركي يمكن أن يؤدي إلى اضطرابات في التعلم نتيجة لعدم دخول المعلومات خاصة تلك المعلومات التي تأتي من خلال القنوات البصرية.

٢-قد يكون لدى الأطفال ذوي النشاط الحركي الزائد مداخل مختلفة للمشاكل فهم يميلون إلى الاندفاع في اتخاذ القرارات مما يترتب على ذلك صعوبة لديهم في حل المشاكل لأنهم يستجيبون لأول بادرة تلوح أمامهم ولا يستطيعون تقديم استجابة أخرى بديلة.

٣- قد يكون النشاط الحركي الزائد أحد أعراض التلف العصبي.

٥- القلق:

أكدت الأبحاث التي أجريت على القلق ومنها لاهي وسيمنرو Lahey and cimienro ١٩٨٠ أن حوالي ٢-٣٪ من الأطفال يظهرون اضطرابات في القلق والانسحاب، وأشار ميشيل Mischel (١٩٧١) إلى أن الطفل القلق يظهر انفعالات ومشاعر تتمثل في عدم الراحة الجسمية وعدم التنظيم في المهارات الإدراكية، وحل المشاكل، وعند الامتحان يصبح متوتر الأعصاب سريع الغضب.

وأشار ميلر وآخرون Milleret al(١٩٧٢) إلى أن الكثير من حالات القلق يمكن علاجها بنجاح - كما أن اضطرابات القلق في الطفولة من النادر أن تؤدي إلى مشاكل خطيرة تؤدي بدورها إلى عدم التكيف في مرحلة الرشد.

٦- الانسحاب/ الانطواء:

الطفل المنسحب أو المنطوي يكون مصدر خطر على نفسه وليس على المحيطين به، فهو لا يثير الضوضاء ولا المشاكل في الفصل أو المنزل. لهذا لا يعتبر في

عداد الأطفال الذين يسببون مشاكل حادة للمدرس، وبذا يتم نسيانه في المدرسة، كما أن كثيراً من المدرسين يصفونه بأنه غير قادر على التواصل، وإنه خجول، وعادة ما يفشل في الأنشطة المدرسية وفي تكوين علاقات مع الآخرين.

٧- سوء التكيف الاجتماعي:

يرتبط سوء التكيف الاجتماعي بعدم الامتثال للقوانين، والتعليمات أو النظم الاجتماعية، وتجاوز حدودها والقيام بالأخطار التي لا يرضاها المجتمع، والاعتداء على التعليمات المدرسية، فالفرد غير المتكيف اجتماعياً في نزاع دائم مع القيم التي يجب التعامل معها واحترامها في المجتمع والمدرسة.

٨- الاجترارية (التوحد):

تعتبر كلمة " الاجترارية " تقريباً لمصطلح " الأوتوسيم **Autism**" كذلك فقد عربها البعض ب "التوحد" وهي تعتبر واحدة من الخصائص السلوكية الشائعة عند كثير من الأطفال المضطربين انفعالياً خاصة ممن يعانون من اضطرابات سلوكية حادة، وتتمثل الاجترارية بالتمركز حول الذات، وبانشغال الطفل بذاته بصورة أكثر من انشغاله بالعالم الخارجي، وقد أورد هوارد واورلنسكي (١٩٨٠) ست خصائص تتواجد لدى الأطفال المتوحدون، وهي:

١- العجز الجسمي الظاهري:

فقد تتحرك أمام الطفل بشكل مباشر وتبتسم له، وتتكلم معه. ومع ذلك فإنه يتصرف كما لو أنه لا يشاهدنا أو يسمعنا، وغالباً ما تشك الأم بأن طفلها أصم أو كفيف.

٢- البرود العاطفي الشديد:

من الخصائص الأخرى التي نلاحظها بشكل متكرر هي عدم الاستجابة لمحاولة الحب أو العناق وإظهار مشاعر العطف، ويذهب الأهل إلى أن طفلهم لا يعرف أحداً ولا يهتم بأن يكون وحيداً أو في صحبة الآخرين.

٣- الإثارة الذاتية:

من أنواع السلوك الملفتة للنظر لدى هؤلاء الأطفال هو تكرار الأفعال أو القيام

بأعمل نمطية مثل سـلوك الاهـتزاز (هـز الجسـم إلى الأمـام وإلى الخلـف أثنـاء الجلوس، والدوران حول النفس، والتلويح بالذراعين، والهمهمة وترديـد ثـلاث أو أربعة كلمات أو جمل معينة طويلة من الوقت).

٤- سلوك إيذاء الذات ونوبات الغضب:

مع أن الطفل قد لا يكون منشغلاً بأشياء يمكن أن تؤذيه وذلـك عندمـا تقابلـه لأول مرة إلا أن الأهل غالباً ما يذكـرون بـأن الطفـل يعـض نفسـه في بعـض الأحيان بشدة لدرجة ينزف معها دمه، وأنه قد يضرب وجهه بقبضة يده، أو قد يضرب رأسه بالحائط، أو بقطع أثاث حادة حتـى تتـورم رأسـه ويصبـح لونـها أسود أو أزرق، وفي بعض الأحيان يوجه الطفل عداوته نحو الآخرين في الأسرة أو المدرسة وذلك على شكل عض أو خربشـة أو رفـس، وقـد يقضـي بعـض هؤلاء الأطفال الليل مسـتيقظين يصـدرون أصواتـاً، وبعضـهم يمـزق الأوراق ويرمي بها من النافذة، ويسكب الماء على الأرض- وغالبـاً مـا يكـون الأهـل عاجزين عن التعامل مع هذه الأنماط السلوكية.

٥- الكلام النمطي:

إن معظم هؤلاء الأطفال يتصفون بالبكم، فهم لا يتكلمون ولكنهم يهمهمون أو يطلقون أصواتاً بسيطة، وقد يكـون كلامـهم إعـادة لكـلام الأفـراد الذيـن يتحدثون معهم، فعلى سبيل المثال، إذا وجهنا سـؤالاً للطفـل مـا اسمـك؟ مـن المرجح أن تكون إجابته ما اسمك؟ وفي بعـض الأحيـان قـد لا يكـون التكـرار النمطي مباشراً ولكن قد يأتي متأخراً، فقد يعيد الطفل بعض العبـارات الـتي سمعها في الصباح أو في اليـوم السـابق، أو قـد يقـوم بإعـادة الإعلانـات الـتي يسمعها من التلفزيون وغير ذلك.

٦- قصور السلوك:

من أنماط السلوك الملفتة للنظر والتي يتصف بها الطفل الاجتراري أو المتوحد هو التأخر في نمو السلوك أو قصور السلوك، فالطفل التوحدي الذي يبلغ مـن العمر خمس سنوات قد يظهر سلوكاً يتناسـب مـع سـلوك الطفـل العـادي ذو

السنة الواحدة من العمر، فبالنسبة لمهارات العناية بالذات، فهو لا يمتلك منها إلا القليل ويحتاج إلى من يقوم باطعامه وإلى من يساعده على ارتـداء ملابسـه، وقد لا يلعب بالألعاب ولكنه يضعها في فمه تماما مثـل الطفـل الرضـع، وقـد يضرب على الألعاب باصابعه بشكل مستمر، كما أنه لا يعبأ بمواطن الخطر.

٧- يظهرون العديد من المشكلات مثل:

- مشكلة النوم فالنوم عندهم قلق ومتقطع وعلى فترات مختلفة ولا يستمر لأكـثر من ثلاث ساعات متواصلة.
- مشكلة الشراب والأكل، فقد يشربون ويـأكلون بكميـات كبـيرة دون الشعـور بالشبع، ويميلون إلى تفضيل بعض الأطعمة وتكرار أكلها مثل حبهم للبطاطس ولا يرغبون في التنويع بها ويلجأون إلى اسـتخدام نفـس الكـأس لشـرب المـاء والشاي والعصير.
- مشكلة السلامة، فـهم لا يعرفـون معنـى الخـوف مـن بعـض الأمـور الخطـيرة كالعبور أثناء سير السيارات دون انتظار.
- مشكلة التغيرات التي تحدث في بيئته وخصوصاً التغيرات الدقيقـة أو البسـيطة أو الكبيرة فلا يعبأ بها.
- مشاكل ادراكية، فهم يعانون مـن خلـل في عمليـة التفكـير والتعـرف والإدراك والتقليد.
- نقص القدرة على الاستجابة بسبب عدم الفهم.
- مشكلة التعميم فلا يستطيعون نقل وتعميم ما تم تعلمه من بيئة إلى أخرى.
- نقص المثابرة أو الدافعية.

ويجب الاشاره إلى وجود فـروق بـين الأطفـال المتوحـدون في الأعـراض الـتي يظهرونها، فقد تظهر بعض الأعراض لدى الطفل ولا تظهر لدى آخر أو قد تظـهر كلها، بالإضافة إلى الفرق في الدرجة أو الشدة التي تظهر بـها تلـك الأعـراض مـن طفل إلى آخر، ولذلك يمكن أن نفرق بين توحد بسيط، متوسط وشديـد، فمثـلاً نجـد السلوك العدواني وإيذاء الذات لدى أحد الأطفال المتوحدين وبشكل شديد لدرجة

إيذاء النفس مثل عض اليدين لدرجة النزيف بينما لا نجد مثل هـذا السـلوك لـدى طفل آخر، وقد نجده ولكن ليس بنفس الدرجة.

أسباب الاضطرابات الانفعالية:

أجمعت كثير من الدراسات التربوية في مجال الاضطرابات الانفعاليـة علـى أن مسببات الاضطرابات تنحصر في عاملين أساسين هما: العوامـل البيئيـة والعوامـل البيولوجية، ورغم تعدد الدراسات حول هذا الموضـوع ورغـم محاولـة الفصـل بـين العوامل البيئية والعوامل البيولوجية إلا أن كثيراً من التداخل يحدث بـين العـاملين بحيـث يصعـب الفصـل بينـهما أو تحديـد مـدى مسـاهمة كـل منـهما في إحـداث الاضطرابات الانفعالية لدى بعض الأفراد وفيما يلي تعريف بهذه العوامل:

أولاً: العوامل البيئية.

يندرج تحت مفهوم العوامل البيئية ثلاث بيئات أساسية لها تأثير مبـاشر علـى السلوك الإنساني، أولها: البيئة الاجتماعية بما فيها من عادات وتقاليد ولوائح ونظـم وإمكانيات اقتصادية وثقافية وعلاقات بين الطبقات مـن الأجنـاس المختلفـة داخـل المجتمع، وثانيها البيئة الأسرية المتمثلة بالأب والأم والأخوة وطبيعة العلاقـة القائمـة بينهم وتأثيرها على النمو الشخصي للطفل، أما البيئة الثالية فهي البيئـة المدرسـية المتمثلة بالعلاقة القائمة بين الطفل مـن ناحيـة وبـين زملائـه ومدرسـيه، وبالمنـاهج والأنشطة واللوائح المدرسية من ناحية أخرى.

وفيما يلي تفصيل لهذه العوامل البيئية الثلاث:

١- البيئة الاجتماعية:

أشار كل من هيوارد واورلنسكي (١٩٨٠) وكيرك وجولجر (١٩٨٣) إلى ثـلاث عوامل رئيسية تؤثر على البيئة الاجتماعية وعن طريقهم على سلوك الأفـراد وهـي: الفقر ، والتفرقة العنصرية، ووجود الأقليات، بحيث يؤدي تواجدها في بيئة معينـة إلى احتمال ظهور اضطرابات انفعالية بين الأفـراد بشكـل كبـير، وقـد وصـف سـيمان Seeman (١٩٦٧) عناصر الإغتراب التي تتصف بها شخصية أفراد الأقليات بما يلي:

١- انعدام القوة.　　　٢- اللامعنى.　　　٣- غياب المعيار.

٤- انعزال القيم.　　　٥- تغريب الذات.

٢- البيئة الأسرية:

يشير هلهان وكوفمان إلى عدد من الأسباب الأسرية والتي قد تؤدي إلى واحدة أو أكثر من الاضطرابات الانفعالية البسيطة أو المتوسطة، مثل:

١- نمط العلاقة بين الطفل والأم.

٢- نمط العلاقة بين الطفل والأب.

٣- نمط التربية الأسرية وخاصة أنماط التربية الأسرية المتشددة والصارمة أو الفوضوية.

٤- التدليل الزائد، والحماية الزائدة.

٥- الإهمال الزائد.

٦- الاحباطات المادية والاجتماعية التي تواجهها الأسرة.

٣- البيئة المدرسية:

تعتبر المدرسة من مصادر اضطرابات الطفل الانفعالية بما توفره من خبرات قد لا تكون سارة للطفل، فالطفل يقضي وقتاً طويلاً في المدرسة، ويتأثر تأثيراً مباشراً بالنظام المدرسي بما فيه من مكونات إيجابية وسلبية يمكن أن تؤدي إلى تطوير مشاكل سلوكية قوية إذا توفرت الظروف كما في الحالات الآتية:

- عدم تلبية المناهج والأنشطة المدرسية للفروق الفردية الواسعة بين الأطفال في الاهتمامات والقدرات والميول.
- عدم اتباع نظام ضبط متناسق يراوح بين الشدة واللين، والاعتماد على نظام واحد يعتمد على اللين المفرط، أو الشدة المفرطة من قبل المدرس أو الإدارة المدرسية.
- عدم قيام المدرسة بمكافأة وتشجيع السلوك السوي وفي نفس الوقت لا تعمل على معالجة الاضطرابات الانفعالية عند التلاميذ.

ثانياً: العوامل البيولوجية.

أشار كيرك وجولجر (١٩٨٣) إلى أنه في خلال العقود الماضية كان هنالك ميل شديد للاعتقاد بأن المشاكل السلوكية في المحيط الاجتماعي راجعة إلى التفاعل القائم بين الطفل وأسرته، أو بين الطفل ورفاقه وجيرانه والجوانب الثقافية الموجودة في المجتمع، وفي السنوات الأخيرة بدأت العوامل البيولوجية تأخذ مكانتها كعوامل مسببة للاضطرابات الانفعالية بالرغم من الصعوبة في البرهنة على ذلك، ويمكن توضيح أثر العوامل البيولوجية في الاضطرابات الانفعالية بالنقاط التالية:

١- الحساسية الوراثية الشديدة.

٢- سوء الإدراك الوظيفي للمخ أو التلف المخي.

٣- الولادة المبكرة.

٤- أورد كيرك وجولجر (١٩٨٣) عن شوارز Scharz (١٩٧٩): أن هناك شواهد ثابتة تشير إلى أن للوراثة دوراً واضحاً في تشكيل الفرد.

٥- الاختلافات الجنسية.

يظهر الاكتئاب والخوف لدى الإناث أكثر من الذكور بحوالي ٢-٣ مرات، كما أن الاجترارية والنشاط الحركي الزائد يظهران في الذكور أكثر من الإناث بحوالي ٤-٨ مرات، ومدى الدلالة البيئية فيما قبل الميلاد ليست واضحة فيما يتعلق باضطرابات الانفعل عند الأطفال.

ويعتبر البعض بأن العوامل الجينية يحتمل أن تكون أسباباً في حالات الشيزوفرينيا. ويعتبر البعض البناء التكويني للجسم سبباً في بعض الاضطرابات.

قياس وتشخيص الأطفال المضطربين انفعالياً:

يصعب في كثير من الأحيان التعرف على الطفل المضطرب انفعالياً الذي لا يزعج ولا يقلق الآخرين، ولكن يسهل التعرف على أولئك المضطرين الذين تجلب سلوكهم انتباه الآخرين، ولهذا فمن النادر أن تكون هناك مشكلة حقيقية في معرفتهم وتحديدهم كذلك فإن الأطفال الذين لديهم اضطرابات في الشخصية يسهل

معرفتهم من قبل العاملين في المدرسة.

عند الشك بوجود اضطرابات انفعالية لدى بعض التلاميذ فإنه يتم عرضه على المختصين في المدرسة لتقرير حالته وجمع المعلومات عنها حتى يتم تقييم المشكلة تقييماً سليماً، ويتم تقيم المشكلة من ثلاثة أبعاد:

- البعد الأكاديمي : ويتم معرفته عن طريق اختبارات التحصيل المناسبة.

- البعد العقلي : يتم معرفته عن طريق اختبارات الذكاء المقننة.- البعد السلوكي : يتم التعرف عليه عن طريق الملاحظة والمقابلات والمعلومات التي يتم جمعها من المدرسين، وأولياء الأمور، بالإضافة إلى الاختبارات والأدوات المخصصة لهذا الغرض.

إذن تتمثل عملية قياس وتشخيص الإعاقة الانفعالية في مرحلتين هما:

١- مرحلة التعرف السريع على الأطفال المضطربين انفعالياً.

٢- مرحلة التعرف الدقيق على الأطفال المضطربين انفعالياً.

يقصد بالمرحلة الأولى، تلك المرحلة التي يلاحظ فيها الأباء والأمهات أو المعلمين أو المعلمات أو ذوي العلاقة بعض المظاهر السلوكية غير العادية لدى أطفالهم، وخاصة تلك المظاهر السلوكية والتي لا تتناسب والمرحلة العمرية التي يمرون بها، أو تكرار تلك المظاهر وشدتها، ومن تلك المظاهر مثلاً، تكرار السلوك شد شعر الآخرين، أو العناد أو إيذاء الذات، أو الانطواء.

أما المرحلة الثانية فيقصد بها تلك المرحلة التي تهدف إلى التأكد من وجود مظاهر الاضطرابات الانفعالية المشكوك بهم، وذلك من خلال تطبيق المقاييس التي تكشف عن تلك الاضطرابات الانفعالية، ومنها:

١- مقياس بيركس لتقدير السلوك.

٢- مقياس الشخصية لأيزنك.

٣- مقياس السلوك التكيفي، للجمعية الأميركية للتخلف العقلي.

٤- المقاييس الإسقاطية مثل مقياس بقع الحبر لروشاخ، ومقياس رسم الرجل لجود إنف، ومقياس تفهم الموضوع للكبار، ومقياس تفهم الموضوع للصغار.

ويعتبر مقياس بيركس لتقدير السلوك من المقاييس البارزة في ميدان وتشخيص الاضطرابات الانفعالية، فقد صمم بيركس (١٩٧٥) هذا المقياس بهدف التعرف على مظاهر الاضطرابات الانفعالية للأفراد منذ عمر السادسة فأكثر.

نسبة الاضطرابات الانفعالية :

في الحقيقة أنه ليست هناك نسبة نهائية أو أرقام محددة لتحديد مدى الاضطرابات الانفعالية، ولا تزال هناك حاجة ماسة لدراسة عميقة على عينات مختلفة من المجتمع وأن الحصول على عينة ممثلة للمجتمع الأصلي قد تكون أمراً ممكناً باستخدام الأساليب الإحصائية الحديثة، ولكن المشكلة ستتمثل في التعريف الذي ستأخذ به عند تحديد العينة.

إذن يصعب وضع تسمية محددة لظاهرة الاضطرابات الانفعالية، وقد يكون السبب في ذلك صعوبة وضع تعريف محدد للاضطرابات الانفعالية من جهة، وبسبب اختلاف معايير السلوك السوي، والسلوك المضطرب انفعالياً من مجتمع إلى آخر ومن ثقافة إلى أخرى من جهة أخرى.

ويشير تقرير أوردته" هيئة الصحة النفسية للأطفال" بالولايات المتحدة الأميركية في مؤتمرها عام ١٩٧٠ إلى أن شكلاً من أشكال الرعاية النفسية مطلوب لنسبة تصل بين (١٠-١٢٪) من أي مجتمع طفولة أو شباب، ومنهم نسبة (٢٪) على الأقل محتاجون لرعاية متخصصة من أخصائيين ومعالجين نفسيين، بينما باقي ٨ إلى ١٠٪ يمكن رعايتهم بواسطة أفراد متخصصين مثل الأخصائي النفسي في المدرسة أو بمعرفة مدرس متخصص للمعوقين.

أما مكتب التربية في الولايات المتحدة الأميركية (١٩٧٥) يقدر نسبة الأطفال المضطربين انفعالياً بحوالي ٢٪، أما بوار (١٩٦٩) فيقدر نسبة الأطفال المضطربين انفعالياً حوالي ١٠٪ من أطفال المدارس في الولايات المتحدة الأمريكية.

أساليب تدريس الأطفال المضطربين انفعالياً :

على مدى عديد من السنوات من البحث العلمي المنظم والممارسة العملية للأساليب التعليمية والعلاجية مع فئات الأطفال المضطربين انفعالياً واجتماعياً

تبلورت في الوقت الراهن مجموعة من الإستراتيجيات المتميزة.

يستخدم العديد من الأساليب التربوية والنفسية للتعامل مع الاضطرابات الانفعالية ولكنه من الصعب تحديد أيها أفضل من الآخر، ولقد تفاقمت مشكلة تحديد أفضل الأساليب بعد أن ارتفع عدد مدرسي التلاميذ المضطربين انفعالياً، ولهذا فقد أجريت عدة دراسات حول هذا الموضوع لتحديد أكثر الأساليب انتشاراً في التعامل مع الاضطرابات الانفعالية، ومن أساليب التدريس :

أولاً : الأسلوب السلوكي (تعديل السلوك) :

خلال الستينات من هذا القرن قدم هويت ١٩٦٨ لوفاز ١٩٦٧ وغيرهم أسلوباً للتعامل مع الأطفال المضطربين انفعالياً اعتماداً على مبادئ التعلم التي وضعها واطسون وثورنديك وسكنر والتي تركز على الاستجابة الشرطية والأشراط الإجرائي، فالسلوكيون يؤمنون أن السلوك متعلم، وأن السلوك غير السوي أو المضطرب يمثلان تعلماً غير مناسب.

يركز الأسلوب السلوكي بشكل كبير على تغير السلوك غير السوي أو غير المتوافق مع معايير وممتلكات الفصل، وكما سبق وأن ذكرنا فإن هذا الأسلوب قد انتشر انتشاراً واسعاً بين المدرسين الذين يعملون مع الأطفال المضطربين انفعاليا خاصة في الآونة الأخيرة بحيث تفوق على الأساليب الأخرى الخاصة بالتعامل مع الاضطرابات الانفعالية ولقد أوضح أسباب هذا الانتشار كل من كلازيو ويلون (١٩٦٧) وابتر (١٩٨٢) بالنقاط التالية :

١- أن الأسلوب السلوكي يعتبر أسلوباً عملياً إلى حد كبير لأنه يتعامل مع مسائل وقضايا ملموسة وملحوظة.

٢- ثبتت سرعة فعالية بعض أساليب بعض أساليب تعديل السلوك مع الكثير من الأفراد ذوي المشاكل السلوكية.

٣- إن النظرية السلوكية تعتبر بسيطة، وسهلة الفهم والتعلم.

٤- تركيز الأسلوب السلوكي على الملاحظة ساعد المدرسين على أن يكونوا أكثر وعياً بنوعية مشاكل التلاميذ وقدراتهم الخاصة.

٥- التركيز على المعززات الإيجابية (المديح والمكافآت) لزيادة تكرار السلوك الإيجابي.

٦- إن المدرسين غير مدربين للكشف عن أسباب السلوك كما أن أخصائيي الصحة النفسية أنفسهم غالباً ما يجدوا ذلك غامضاً وصعباً، ولهذا فمن السهل على المدرسين أن يتعاملوا مع السلوك الملاحظ بطريقة مباشرة دون خوض في المسببات.

٧- إن المدرسين نادراً ما يكونوا في وضع يمكنهم من معالجة الأسباب بصورة مباشرة إلا أنهم قادرون على تعديل أثارها في نطاق الفصل.

تستخدم آلات التدريس ومواد التعلم المبرمج مدخل الأشراط الإجرائي، تعتمد مثل هذه البرامج على التدعيم الإيجابي خلال التعرف المباشر على نتائج التعلم، ثم مساعدة الأطفال على النجاح في كل خطوة من خطوات البرنامج بواسطة التحقق من صحة الاستجابة، المسؤولية الرئيسية التي تقع على عاتق المعلم كمعدل لسلوك الأطفال تتلخص في الواجبات الآتية:

١- أن يحدد تحديداً دقيقاً شكل السلوك أو أشكال السلوك التي تعتبر من سلوك سوء التوافق.

٢- أن يقوم بتحديد المواقف أو الأحداث البيئية التي تدعم وتثبت هذه الأشكال من سلوك التوافق السيء.

٣- أن يعيد بناء وتنظيم المتغيرات البيئية المحيطة بالطفل بقصد تعديل أو تغيير السلوك سيء التوافق.

هذا ويمكن تلخيص أهم الاعتبارات النظرية والتطبيقية لاستراتيجية تعديل السلوك كإحدى الاستراتيجيات التعليمية للأطفال الذين يعانون من اضطرابات السلوك في النقاط التالية:

١- يعتنق المدافعون عن هذا المدخل أن الغالبية العظمى من أشكال السلوك متعلمة.

٢- ينصب في هذه الاستراتيجية على شكل محدد من أشكال السلوك.

٣- يمكن تمييز نمطين من نماذج الأشراط:

أ- الاشراط الاستجابي، وقد تكون الاستجابات والأفعال المنعكسة التي تعتبر جزءاً من المخزون الاستجابي للكائن الحي تستثار بواسطة مثيرات محددة تستثار في البيئة.

ب- الاشراط الإجرائي، الاستجابات التي تحذف أو يتم تجاهلها من جانب الكائن الحي تتبع بآثار ونتائج تؤدي إلى زيادة أو نقصان احتمالات حدوث هذه الاستجابات مرة أخرى.

٤- يستخدم الأشراط الإجرائي بصورة متزايدة داخل الفصول الدراسية بقصد ضبط اضطرابات السلوك.

أ- أهداف تعديل السلوك تحدد بوضوح.

ب- تتم برمجة الواجب المطلوب من الطفل وينظم هذا الواجب في خطوات صغيرة تبني كل خطوة منها على الخطوات السابقة لها ومن ثم يواجه الطفل نوعاً من النجاح في كل محاولة.

ج- عندما يتم الطفل أحد الواجبات بنجاح يحصل على التدعيم سواء كان تدعيماً اجتماعياً أو تدعيماً ملموساً.

٥- دور المعلم هو تركيب وتنظيم، أي هندسة البيئة التعليمية.

٦- يستخدم الأشرطة الإجرائي في الفصول الدراسية مع الأطفال الذين لديهم اضطرابات في السلوك بشكل شائع.

ثانياً: الأسلوب السيكودينمي (القوى النفسية) أو التحصيل النفسي وديناميه النفس البشرية.

يقوم الأسلوب السيكودينمي على مبدأ التحليل النفسي الذي أرسى دعائمه (سيجموند فرويد)، فمدرسة التحليل النفسي تنظر إلى السلوك غير الملائم على أنه ناتج عن الصراع بين مكونات النفس البشرية وهي:

- الهو (Id) الذي يمثل الطاقة الغريزية التي تظهر مع الميلاد وتسخر لخدمة مبدأ اللذة والسرور، والحصول على الرضا وتجنب الألم.

- الانا العليا (Super Ego) وتمثل القيم الاجتماعية والضمير، وهي في صراع دائم مع الهو.
- الانا (Ego) وتعمل كنظام وسط يوفق ما بين (الهو) و(الانا العليا) وذلك باستخدام المنطق والعقل.

يهتم الأسلوب العلاجي في ظل هذه الاستراتيجية على العلاج النفسي مع النظر إلى المتغيرات التعليمية والتربوية، في هذه الحالة تصبح عملية تقبل الطفل وتكوين علاقة وثيقة بين الطفل والمعالج من الأمور بالغة الأهمية.

ويمكن تلخيص المبادئ الأساسية التي تقوم عليها استراتيجية ديناميات السلوك على النحو التالي:

١- تقوم هذه الاستراتيجية على نظرية التحليل النفسي لفرويد.

٢- يعتقد بأن الاضطراب هو نتيجة للصراعات النفسية الداخلية.

٣- يهدف العمل العلاجي إلى إزالة السبب في انحراف السلوك.

٤- يعتقد بأن المشكلات تنتج عن إجراءات وقعت في فترة الطفولة المبكرة.

٥- أساسيات العمل العلاجي هي استبصار المريض والعلاقة التحويلة الإيجابية مع المعالج.

٦-يتضمن هذا المدخل بعض جوانب القصور من بينها:

أ- النجاح موضع تساؤل وشك.

ب- العلاج يحتاج إلى فترة طويلة من الوقت.

ج- العملية العلاجية باهظة التكاليف.

د- يوجد نقص واضح في الإخصائيين المدربين على العمل بهذه الاستراتيجية.

ثالثاً: الاستراتيجية النمائية.

يعتبر هويت (Hewitt) من أكبر المدافعين عن الاستراتيجية النمائية في تعليم الأطفال المضطربين انفعالياً.

قام هويت ١٩٦٨ ببناء برنامج تعليمي يعتبر بصفة أساسية أسلوباً من أساليب تعديل السلوك، مع إتاحة تسلسل نمائي يتكون من سبعة أهداف تعليمية هي: الانتباه، والاستجابة، والترتيب والنظام، والهدف الاستكشافي، والهدف الاجتماعي، والإتقان أو السيطرة والإنجاز، يرى هويت أن الاستراتيجية النمائية تفترض أنه لكي يتحقق الأسلوب الناجح في الحياة فلا بد من أن ينتبه وأن يستجيب وأن يتبع التعليمات وأن يستكشف البيئة من حوله بحرية ودقة، وأن يؤدي وظائفه بطريقة ملائمة في علاقاته بالآخرين، كذلك فإن هذه الاستراتيجية تفترض أن تعلم هذه الأشكال من السلوك تحدث أثناء العملية النمائية العادية من فترة الرضاعة المبكرة إلى سن المدرسة، وأن الفشل في تعلم أي من هذه العمليات أو الإخفاق في تعلمها جميعاً يعوق الطفل من أن يكون مهيئاً للتعلم المدرسي، بالنسبة لمثل هذا الطفل فإن هذه الأهداف تصبح هي الأشياء التي يجب عليه تعلمها من خلال العملية التي تهيؤه للذهاب إلى المدرسة في الوقت الذي يكون فيه الطفل موجوداً في المدرسة بالفعل.

بقصد مساعدة المعلم على أن ينتقل بالطفل خلال تدرج هرمي قام هويت، بتنظيم ما يعتبره العناصر الأساسية الثلاثة للتعلم المؤثر والفعال وهي:-

١- انتقاء الواجب التعليمي المناسب.

٢- اختيار إثابة ذات معنى تتبع تحقيق الطفل لهذا الواجب.

٣- المحافظة على درجة من التنظيم (البناء) تحت ضبط المعلم.

يمكن تلخيص الاستراتيجية التي وضعها (هويت) للأساليب التعليمية للأطفال الذين يعانون من اضطرابات السلوك في النقاط الآتية:

١- يستخدم مدخل تعديل السلوك مع توفر أهداف تعليمية سبعة في تتابع نمائي هي: الانتباه، الاستجابة، الترتيب، الاستكشاف، المواقف الاجتماعية، الإتقان، والإنجاز.

٢- أساسيات التعلم المؤثر والفعال تتضمن ثلاثة أركان أو محاور هي: اختيار الواجب التعليمي، والإثابة على إتمام الواجب، والضبط التنظيمي من جانب المعلم.

٣- هندسة الفصل الدراسي تتضمن، محور الإتقان والسيطرة، محور الترتيب، المحور الاستكشافي.

٤- يسند الطفل إلى محور من المحاور السابقة ويعطى له الواجب وينال إثابة على سلوكه كتلميذ.

رابعاً: الاستراتيجية النفس- تربوية.

يعتبر الأسلوب النفسي تربوي فرعاً من نظرية التحليل النفسي، فقد جاء هذا الأسلوب عندما بدأ البحث عن صيغة توازن ما بين الجوانب النفسية والجوانب التربوية، فقد أكد مورس وآخرون (١٩٦٤) على أن مشاكل الطفل تنتج عن تشابك ما بين الطاقات البيولوجية الفطرية والخبرات الاجتماعية المبكرة، ولهذا فقد حاول واضعوا هذا الأسلوب إيجاد توازن بين أهداف العلاج النفسي، والأهداف الأكاديمية والسلوكية، ولهذا فإن الأسلوب النفس تربوي يؤكد على سلوك الطفل وأسبابه بالإضافة إلى علاج الاضطرابات السلوكية والانفعالية وإحلال السلوك المناسب بدلاً من السلوك غير المناسب، ودراسة تأثير مجموعة الأقران، والظروف البيئية على سلوك الطفل.

لقد صمم الأسلوب النفس تربوي لعلاج الظروف النفسية السلبية للأطفال المضطربين (مثل المشاعر والانفعالات ومفهوم الذات) وتوفير الظروف الملائمة للتمتع بالصحة النفسية، وذلك من خلال توفير الظروف الملائمة لنمو السلوك الاجتماعي المناسب، والتحصيل الأكاديمي، هذا وتعتبر الجوانب الأكاديمية على الأقل في البداية ليست أهدافاً عاجلة حيث يمكن تأجيلها حتى يصبح الطفل المضطرب من الناحية السلوكية مستعداً لتعلمها.

لقد وضع لونج وآخرون (١٩٧١) بعض الاقتراحات التي يمكن الاسترشاد بها عند التعامل مع الأسلوب النفس تربوي وهي:

١- يجب تطوير البيئة التربوية بشكل يسمح بمراقبة المؤثرات النفسية التي يمكن أن تؤثر على التلميذ، وذلك كمراقبة التفاعل بين التلميذ وكل من المدرس والعاملين والأقران والمنهج، كذلك مراقبة كل من التنظيم الاجتماعي للفصل،

والقيم التي يتبناها المدرس، والتعليمات السلوكية، وغيرها من العوامل التي يمكن أن تؤثر على الجانب النفسي للتلميذ، كما يجب على المدرس أن يكون على وعي بهذه المؤثرات وأن يعمل على تعديل بيئة الفصل كي يسهل على التلميذ فرص التكيف النفّسي والشخصي.

٢- التركيز على علاقة المدرس بالتلميذ، وعلى خصائص المدرس مثل العطف والإحساس والتسامح، وغيرها من الخصائص التي تعتبر هامة ومطلوبة للتعامل مع التلاميذ المضطربين انفعالياً، فالتلميذ المضطرب انفعالياً يجب أن يشعر أن المدرس مهتم بتكيفه الشخصي.

٣- يجب أن يمتزج التعلم بالمشاعر الإيجابية، إذ أن التركيز على التعليم فقط بما فيه من عمليات حسابية، وحقائق وقراءة كتب مقروءة قد يؤدي بالتلميذ إلى الإحباط والغضب، لهذا يجب التركيز على الأنشطة المرتبطة باهتمامات التلميذ بالإضافة إلى التعليم.

٤- مساعدة التلميذ على التعامل مع الضغوط والصراعات النفسية الناتجة عن الخبرات السلبية التي تعرض لها وذلك من خلال التركيز على جوانب محددة من الصراعات أو الأزمات التي يعاني منها التلميذ، ومساعدته على تبصر المشكلة وتطوير بدائل إيجابية للتعامل مع المواقف التي تسبب هذه الصراعات أو الأزمات.

٥- على المدرس أن يكون لديه استعدادات للتعاون مع العاملين في المدرسة والمجتمع لمساعدة التلميذ المضطرب انفعالياً فتربية التلاميذ المضطربين انفعالياً يجب أن لا تكون مسؤولية المدرس بمفرده بل على المدرس أن يكون قادراً على تنظيم دعوة الأفراد ذوي التخصصات المختلفة (الطبيب، الأخصائي النفسي، الأخصائي الاجتماعي، معالج النطق والكلام، أولياء الأمور، وغيرهم) وذلك من أجل بناء وتطوير برنامج علاجي للتلميذ.

خامساً: الاستراتيجية البيئية.

هذه الاستراتيجية يفترض أنصارها أن المشكلات الإنسانية تنتج عن

العمليات المضطربة التي تقع بين المثير وهو الطفل والمستجيب وهي البيئة (الأسرة والرفاق والمعلمون...الخ)، إن اضطراب السلوك هو فقط من عدم التناسب بين الطفل والبيئة التي تحيط به، أما السلوك المعتاد للمجتمع فإنه يزعج الأفراد الآخرين إذ أن الفرد يشعر بالضيق عندما يدرك أنه خالف السلوك السائد وفي هذه الحالة تكون البيئة هي التي أثرت أو ساعدت على تصعيد حالة الفرد وقيامه بهذا السلوك غير المتوافق.

قام هويز وزملاؤه(١٩٦٩) بتنفيذ هذه الاستراتيجية في برامج الأطفال المضطربين انفعالياً وأطلقوا على ذلك المشروع إعادة تعليم الأطفال المضطربين انفعالياً، ويرى أنصار البرنامج أن الطفل جزء لا يقبل العزل من نظام اجتماعي صغير، هو جزء من وحدة بيئية تتكون من الطفل وأسرته ومدرسته ومجتمعه المحلي، يتبع البرنامج العام لإعادة التعلم (Re- Ed) عدداً من المبادئ قام بها هوبز يصفها على النحو التالي:

١- وجوب أن يعيش الطفل كل لحظة من حياته.

٢- الوقت حليف في جانب الطفل.

٣- الثقة أمر ضروري.

٤- تحقيق النجاح أمر ضروري.

٥- الأعراض يمكن بل ويجب التحكم فيها وضبطها.

٦- الضبط المعرفي أمر يمكن تعليمه.

٧- المشاعر لا بد من تطبيقها.

٨- الجماعات بالغة الأهمية بالنسبة للأطفال.

٩- الفرص الترويحية توفر مجالاً للنظام والاستقرار والثقة.

١٠- الجسم هو الدرع الواقي للذات.

١١- التعرف على المظاهر الاجتماعية في الحياة بالغ الأهمية.

١٢- يجب أن يجد المرح طريقه إلى الطفل.

لقد أشار ابتر (١٩٨٢) إلى أن الحاجة تصبح ماسة للعلاج وذلك عند تدهور العلاقة بين الطفل وبيئته، كما يمكن أن تتم المعالجة بالأسلوب البيئي وذلك وفقاً لواحدة أو أكثر من الأساليب الآتية:

- العمل مع الطفل:

١- بناء قدرات جديدة.
٢- تغيير في الأولويات.
٣- توفير المصادر الضرورية.
٤- إيجاد بيئات أكثر ملائمة.

- العمل مع الكبار:

١- تغيير المدركات.
٢- إزالة أو خفض التوقعات.
٣- زيادة الفهم والمعرفة.
٤- إعادة بناء الأنشطة.

- العمل مع المجتمع:

١- توفير مصادر أكثر للمدرسة.
٢- السماح بالدخول في المجتمع بصورة أوسع.
٣- تطوير روابط تعاون بين المدرسة والمجتمع.

- تطوير إدارة جديدة:

١- مدرس المصادر.
٢- شخص يعمل كحلقة اتصل بين المدرسة والمجتمع.

- تطوير نماذج جديدة للعلاج:

١- التربية المفتوحة.
٢- المدارس العامة البديلة.
٣- التركيز على الوقاية.
٤- تدريس الصحة النفسية.

سادساً: استراتيجية صعوبات التعلم.

المؤيدون للاستراتيجية التي تركز على علاج الصعوبات الخاصة في التعلم يؤمنون بأن وجود صعوبة في التعلم يتولد عن تباعد بين قدرة الفرد على السلوك وبين متطلبات البيئة المدرسية، أو تباعد بين قدرة الطفل في أحد المجالات وبين ما

يتوقعه هو أو يتوقعه الآخرون منه بالنظر إلى قدرته في المجالات الأخرى، مثل هذا الموقف يؤدي إلى شعور الفرد بالإحباط وإلى مشكلات في السلوك والشخصية، وقد يؤدي في بعض الأحيان إلى الهروب من المدرسة والجنوح، قد يحتاج الطفل لأن يعرب عن اعتراضه على الموقف بأن يصبح عنيفاً وعدوانياً أو بأن يميل إلى الانسحاب.

استراتيجية الصعوبات الخاصة في التعلم توجه جهودها بشكل مباشر إلى علاج هذه الصعوبة الخاصة سواء كانت صعوبات في اللغة أو القراءة، أو الكتابة، الهجاء أو الإدراك أو التفكير... يميل العلاج الفعال إلى تخفيض مشكلات السلوك والشخصية من خلال مساعدة الطفل على تخفيض التباعد بين قدرته على الأداء وبين متطلبات البيئة.

يمكن تلخيص هذه الاستراتيجية في النقاط التالية:

١- يكون التباعد بين قدرة الطفل على السلوك وبين متطلبات البيئة راجعاً إلى صعوبة خاصة من صعوبات التعلم في كثير من الأحيان.

٢- يهدف العمل العلاجي إلى مواجهة الصعوبة الخاصة في التعلم.

٣- الاستراتيجية الخاصة والمواد التعليمية يتم تصميمها بقصد علاج صعوبة التعلم.

البرامج التربوية للأفراد المضطربين انفعالياً:

يقصد بالبرامج التربوية للمضطربين انفعالياً طرائق تنظيم برامج تربية المضطربين انفعالياً ويمكن أن نميز في هذا المجال أكثر من طريقة من طرائق تنظيم البرامج التربوية ومنها:

١- مراكز الإقامة الكاملة لذوي الاضطرابات الانفعالية الشديدة وخاصة حالات فصام الطفولة (Autism) إذ يُلحق هؤلاء بأقسام خاصة في مراكز التربية الخاصة، أو المستشفيات ويتلقون البرامج العلاجية الصحية أو التربوية المناسبة لهم، كما تعتبر مراكز الأحداث، أو الإصلاح والتأهيل، مثالاً آخر على مراكز الإقامة الكاملة، إذ يتلقى الأحداث في مثل هذه المراكز البرامج التربوية والنفسية والمهنية المناسبة لهم طيلة مدة إقامتهم في مثل هذه المراكز.

٢- مراكز التربية الخاصة النهارية للمضطرين انفعالياً، ويلحق الأطفال ذوي المشكلات الانفعالية المتوسطة في هذه المراكز، حيث يتلقون البرامج التربوية المناسبة لهم.

٣- دمج الطلبة ذوي الاضطرابات الانفعالية البسيطة في الصفوف الخاصة، الملحقة بالمدرسة العامة، بحيث يتلق هؤلاء البرامج التربوية المناسبة لهم في الصفوف الخاصة مع الاستعانة ما أمكن بالوسائل المتوفرة في غرفة المصادر، وبالجو المدرسي العادي في المدرسة العادية.

٤- دمج الطلبة ذوي الاضطرابات الانفعالية البسيطة في الصف العادي، في المدرسة العادية، بحيث يتلق هؤلاء الطلبة نفس البرامج والمناهج المقدمة للطلبة العاديين في الصفوف العادية، مع الأخذ بعين الاعتبار متطلبات مثل هؤلاء الطلبة في الصف العادي.

ومهما كان شكل تنظيم البرامج التربوية للمضطرين انفعالياً، ومبرراته، وأهدافه، فلا بد أن تتضمن البرامج التربوية للمضطربين انفعالياً عدداً من الاعتبارات أهمها: توفر خصائص مميزة في مرحلة الأطفال المضطربين انفعالياً، وتهيئة الجو التعليمي المناسب لهؤلاء الأطفال المضطربين انفعالياً. والاستعانة بعدد من الأخصائيين، مثل أخصائي الطب النفسي، وأخصائي الإرشاد النفسي والتربوي من أجل مساعدة معلمي الأطفال المضطربين انفعالياً في أداء مهماتهم التربوية.

وعلى ذلك فيمكن تلخيص الأسس الرئيسية في تدريس المضطربين انفعالياً كما يلي:

١- توفر خصائص معينة في معلمي الأطفال المضطربين انفعالياً، أهمها الرغبة في العمل مع هؤلاء الأطفال، وتقبلهم، والتحلي بالصبر، والمثابرة على العمل معهم.

٢- التعليم الفردي: ويقصد بذلك تعليم بعض هؤلاء الأطفال بطريقة فردية، بحيث يصمم لمثل هذه الحالات برامج تربوية خاصة، تتضمن أهدافاً محددة وتدرس وفق مبادئ تحليل المهارات الفرعية.

٣- تحويل بعض حالات الاضطرابات الانفعالية إلى غرفة المصادر، بحيث يتلق

هؤلاء المساعدة اللازمة من قبل معلم غرفة المصادر، ومـن ثـم العمـل علـى إعادتهم مرة أخرى إلى الصفوف العادية.

٤- تنظيم الأنشطة الهادفة من قبل مدرسي الأطفال المضطربين انفعاليـاً، والـتي تعمل على تفريغ النشاط الانفعـالي وتوظيفـه في الاتجـاه الـتربوي الايجـابي الهادف.

٥- توظيف أساليب تعديل السلوك في تدريـس الأطفـال المضطربـين انفعاليـا، وبالطريقة المناسبة وذلك بعد تحديد السلوك غير المرغوب فيـه إجرائيـاً، ثـم تحديد السلوك المرغوب فيه إجرائياً، ومن ثـم تحديـد طـرق تعديـل السـلوك الأكثر مناسبة مثل التعزيز الإيجابي، السلبي، العقاب...

٦- تحديد الأهداف التربوية المتوقعة من الأطفال المضطربين انفعاليـاً، والعمـل على تحقيقها، بحيث تعمـل طـرق التدريـس مـا أمكـن علـى تقليـل فـرص الإحباط لهؤلاء الطلبة في المواقف الأكاديمية والاجتماعية.

٧- العمل على دمج الطلبة ذوي الاضطرابات الانفعالية البسيطة والمتوسطة، ما أمكن، في الصفوف العادية، وبحيث يتلق هؤلاء البرامج التربوية الـتي تقـدم للأطفال العاديين والتقليل ما أمكن من عزل هؤلاء في الصفوف الخاصـة أو مراكز التربية الخاصة النهارية، إلا في بعض الحالات الشديدة.

٨- العمـل علـى تدريـس مـهارات الحيـاة الأساسـية، لحـالات الاضطرابـات الانفعالية الشديدة وذلك بسبب أهمية هذه المـهارات للأطفـال المضطربـين انفعالياً.

الفصل الثامن

الاضطرابات اللغوية

مفهوم الاضطرابات اللغوية.

مظاهر الاضطرابات اللغوية.

أسباب الاضطرابات اللغوية.

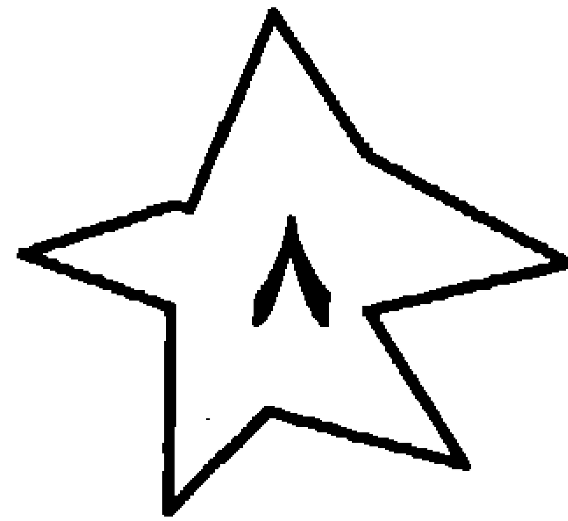
قياس وتشخيص المضطربين لغوياً.

نسبة الإضطرابات اللغوية.

الخصائص السلوكية والتعليمية للمضطربين لغوياً.

أساليب تدريس الأطفال المضطربين لغوياً.

البرامج التربوية للأطفال المضطربين لغوياً.



الفصل الثامن

الاضطرابات اللغوية

Language and Speech Disorders

مقدمة:

يصدر الإنسان الأصوات المختلفة من خلال النطق، كما أن الإنسان يستخدم اللغة كوسيلة للتعبير اللفظي، هاتان العمليتان تدخلان في إطار مفهوم أوسع وأشمل هو مفهوم (التواصل)، ومن ثم فإن النطق واللغة بما يمكن أن تعتريهما من عيوب وأخطاء يمثلان مجالاً واسعاً من مجالات العجز أو القصور يضم أعلى نسبة من الأطفال غير العاديين.

وتعتبر اللغة وسيلة أساسية من وسائل الاتصال الاجتماعي، وبخاصة في التعبير عن الذات وفهم الآخرين ووسيلة مهمة من وسائل النمو العقلي والمعرفي والانفعالي، وتعرف اللغة على أنها نظام من الرموز يمثل المعاني المختلفة والتي تسير وفق قواعد معينة.

ويرى علماء اللغة كذلك أن اللغة عبارة عن مجموعة من الرموز المتطرفة، تستخدم كوسائل للتعبير، أو للاتصال مع الغير، وهي قد تشمل على لغة الكتابة، أو لغة الحركات المعبرة، (الايماءات، والتكشيرات)، وقد اعتاد علماء اللغة والنحاة في معرض حديثهم عن مواضيع اللغة والكلام أن يميزوا بين مفهوم اللغة ومفهوم الكلام (Speech)، ومفهوم (اللسان) Languge، وبعض النحاة العربي يستخدمون عبارة اللغة العربية ويقصدون بذلك (اللسان العربي)، ويرى هؤلاء أن النطق عبارة عن ظاهرة اجتماعية وهي أداة التفاهم والاتصال بين أفراد الأمة الواحدة، أما الكلام فهو سلوك فردي يتجلى عن طريق كل مما يصدر عن الفرد من أقوال ملفوظة، أو مكتوبة، وباختصار يمكن القول بأن اللغة تشير إلى الجانب الاجتماعي بينما الكلام يشير إلى الجانب الفردي، ويعرف بعض النحاة العرب الكلام بأنه (كل ما يصدر عن الفرد من أقوال سواء أفادت أم لم تفيد) أما تعريف

الكلام فهو القدرة على تشكيل وتنظيم الأصوات في اللغة اللفظية، وإما النطق فيقصد به الحركات التي تقوم بها الحبل الصوتية أو جهاز النطق أثناء إصدار الأصوات.

إذن تقسم اللغة من حيث طبيعتها إلى مظهرين رئيسيين، الأول يسمى اللغة غير اللفظية، ويعبر عنها بمصطلح اللغة الاستقبالية(Receptive Language)، والثاني يسمى اللغة اللفظية، ويمثل اللغة المنطوقة والمكتوبة، ويعبر عنها بمصطلح اللغة التعبيرية(Expressive Language)، ويرتبط بمفهوم اللغة مصطلحات أخرى مثل مصطلح الكلام، ومصطلح النطق، إذ ترتبط هذه المصطلحات ببعضها البعض.

مراحل النمو اللغوي والعوامل المؤثرة فيه :

يشير ماكندلس(١٩٧٣) وفترز جيرالد(١٩٧٧) إلى أن للغة أصولاً بيولوجية تتمثل في الاستعداد الفيزيولوجي والعقلي، وأنها تسير وفق أربع مراحل هي:

١- **مرحلة الصراخ أو البكاء**(Crying Stage) : وفي هذه المرحلة يعبر الطفل عن حاجاته وانفعالاته بالصراخ، وتمتد هذه المرحلة منذ الميلاد وحتى الشهر التاسع من العمر، وترى عالة الطفولة اليزابيث هيرلوك أن صرخة الطفل تعتبر أول بادرة يعبر الطفل من خلالها عن قدرته على التصويت، ويقول العالم أوستولد Ostwald وهو من علماء النفس أن الصراخ الحاد الانفجاري هو أكثر أهمية بالنسبة للطفل لأنه يفيد في نمو اللغة.

٢- **مرحلة المناغاة أو الثرثرة** (Babbling Stage) : وفي هذه المرحلة يصدر الطفل الأصوات أو المقاطع ويكررها، وتمتد هذه المرحلة من الشهر الرابع والخامس تقريباً وحتى الشهر الثامن أو التاسع، وقد أشار آرون Irwin إلى أن الطفل في فترة المناغاة يكثر من أحرف العلة وذلك بالمقارنة بالأحرف الساكنة، كذلك أشار مورجان Morgan و Coleil في كتابهما عن (علم نفس الطفولة والمراهقة) إلى أن المناغاة يمكنها في بعض الحالات أن تشير إلى أشكال الخبرات التي عاشها الطفل.

٣- **مرحلة التقليد**(Imitation Stage) : في هذه المرحلة يقلد الطفل الأصوات أو

الكلمات التي يسمعها تقليداً خاطئاً، فقد يغير أو يبدل أو يحذف مواقع الحروف في الكلمات التي ينطقها، وقد يرجع ذلك إلى عوامل كثيرة أهمها مدى نضج جهاز النطق، وضعف الادراك السمعي، وقلة التدريب، ولكن مع استمرار عوامل النضج والتعلم والتدريب تصبح قدرة الطفل على التقليد أكثر دقة، وتمتد هذه المرحلة منذ نهاية السنة الأولى من العمر وحتى عمر الرابعة أو الخامسة تقريباً.

وقد أشار بندورا Bandura عام (١٩٦٠) إلى أن الأطفال يظهرون ميلاً متزايداً لتقليد ألفاظ شخص وذلك بعد حدوث تفاعل سار معه مثل الأم التي تتحدث إلى طفلها بكلمات وهي ترضعه، كما أن عملية تشجيع الأسرة لتقليد الطفل للأصوات ينمي الميل لتقليد بعض الألفاظ لدى الطفل.

٤- **مرحلة المعاني** (Semantic Stage): في هذه المرحلة يربط الطفل ما بين الرموز اللفظية ومعناها، وتمتد هذه المرحلة منذ السنة الأولى من العمر وحتى عمر الخامسة وما بعدها.

أما عن تطور المحصول اللغوي لدى الطفل فقد كانت الأميركية مادورا سميث (١٩٢٦) بدراسة كان الهدف منها معرفة عدد المفردات التي يتلفظ بها الطفل ويكون لها دلالتها، وذلك في مختلف أعمار الطفل، وكان من نتائج دراسة سميث ونمو اللغة لدى الطفل أنها

أ- رأت ضرورة التمييز بين المحصول اللغوي العامي لدى الطفل والذي قد يزيد على مئات الكلمات وبين اللغة الصحيحة، والفصحى.

ب- وجدت سميث أن المحصول اللغوي للطفل في نهاية السنة الأولى وبداية السنة الثانية للميلاد يكون بطيئاً في السنوات القريبة من عمر المدرسة، وبينت نتائج دراستها أن الطفل في عمر سنة يكون عدد المفردات ٣ تقريباً ويزداد حتى تصل إلى ٢٥٦٢-٣٠٠٠ مفرده في عمر ست سنوات.

ومن الدراسات التي اهتمت أيضاً بنمو اللغة لدى الطفل دراسة مكارثي (١٩٥٤)، ودراسة ديل (١٩٧٦)، ودراسة بري (١٩٦٩) وقد انتهت هذه الدراسات إلى شرح بعض الخصائص اللغوية الناجمة عن تطور عمر الطفل، والمبينة في الجدول التالي:

	عمر الطفل	خصائص نمو اللغة
١	من الميلاد حتى ثلاثة أشهر	ما يميز الكلام صراخ غير متمايز، ثم صراخ متمايز، ثم أصوات عشوائية.
٢	من (٤-٦) أشهر	أصوات شبيهه بالكلام يغلب عليها التصويت واستخدام الأحرف الصوتية، المناغة.
٣	من (٦-٩) أشهر	استخدام الأصوات للتعامل مع الآخرين.
٤	من (٩-١٢) شهر	مرحلة تقليد الأصوات، والمصاداة.
٥	حوالي السنة	نطق الكلمة الأولى.
٦	سنة ونصف	نطق جمل تتكون من كلمة واحدة أو كلمتين، الكلمة الجملة.
٧	سنتين	زيادة الدقة في استخدام الأصوات والكلمات.
٨	ثلاث سنوات	نطق واضح، مع أخطاء في النطق، وتشكيل الأحرف الساكنة.
٩	(٤-٥) سنة	زيادة المحصول اللغوي، واستخدام بعض الضمائر، والصفات.
١٠	(٦-٨) سنة	يصل الطفل إلى مستوى الكبار في النطق، ويتميز الكلام بالطلاقة والوضوح.

العوامل المؤثرة في النمو اللغوي:

وأوضح فتزجيرلد (١٩٧٧) أن النمو اللغوي يتأثر بعدد من العوامل أهمها:

١- **النضج والعمر الزمني:** يتهيأ الكلام عندما تكون أعضاؤه الكلامية ومراكزه العصبية قد بلغت درجة كافية من النضج، كما يزداد المحصول اللفظي للطفل كلما تقدم في السن، ويكون فهمه دقيقاً، وتتحدد معاني الكلمات في ذهنه، ويعود الارتباط بين العمر والنضج لدى الطفل إلى نضج الجهاز الكلامي.

٢- **الجنس:** إذ يلاحظ أن الإناث أسرع في نموهم اللغوي من الذكور.

٣- **العوامل الأسرية:** يقصد بذلك ترتيب الطفل في الأسرة، والظروف الاقتصادية والاجتماعية للأسرة، فالطفل الوحيد في الأسرة أكثر ثراء في محصوله اللغوي مقارنة مع الأطفال العاديين، كما أن أطفال المؤسسات والملاجىء أقل محصولاً من الناحية اللغوية مقارنة مع الأطفال الذين يتربون في أسرهم بسبب قلة خبراتهم واتصالهم مع الآخرين واهمالهم أحياناً.

٤- **الوضع الصحي والحسي للفرد:** يقصد بذلك أهمية الجوانب الصحية والجسمية والحسية للفرد وعلاقتها بالنمو اللغوي، إذ يتأثر النمو اللغوي بسلامة الأجهزة الحسية والسمعية والبصرية والنطقية للفرد.

٥- **وسائل الإعلام:** يقصد بذلك أهمية دور وسائل الإعلام كالإذاعة والصحافة والتلفزيون في زيادة المحصول اللغوي للطفل.

٦- **عملية التعلم:** ويقصد بذلك أن عملية التعلم وما تتضمنه من قوانين التعزيز والاستعمل والاهمل تلعب دوراً مهماً في تعلم اللغة.

٧- **القدرة العقلية:** يقصد بذلك أهمية القدرة العقلية (الذكاء) في النمو اللغوي للطفل، فالطفل الذي يتميز بذكاء عال يفوق الأطفال العاديين والمعوقين عقلياً في محصوله اللغوي، كما يتميز باكتسابه للغة في عمر زمني مبكر مقارنة مع الأطفال العاديين والمعوقين عقلياً، كما تظهر الكلمة الأولى لدى الطفل العادي في نهاية السنة الأولى من العمر، في حين تظهر الكلمة الأولى لدى الطفل المعوق عقلياً في نهاية السنة الثانية تقريباً، وهذا ما تؤكده الدراسات حول أهمية القدرة العقلية في النمو اللغوي.

٨- **ثقافة الوالدين:** يعتمد التقدم اللغوي بعد نضج مراكز النطق وبخاصة المراكز العصبية على نوع الحياة الاجتماعية والثقافية التي تحيط بالفرد، فالثقافة قد تكسب الوالدين الطريقة الصحيحة في تربية الأطفال ولا سيما الإجابة على أسئلتهم واستفساراتهم ومشاركتهم الحديث باستمرار، وتساعد هذه العوامل على زيادة المحصول اللفظي للأطفال.

٩- **تعدد اللغات:** تؤثر اللغات التي يتعلمها الطفل وخاصة في مرحلة الطفولة المبكرة في نمو لغته، فحينما يتكلم الطفل لغتين نتيجة لاختلاف لغة البيت

عن لغة الأطفل، وأطفل جيرانه الذين يلعب معهم أو عن لغة المدرسة الـتي يتعلم بها، حينها يضطر إلى تعلم لغة أجنبية في الوقت الـذي لا يـزال يتعلـم لغته الأم، وذلك يربك مهاراته اللغوية ويؤخرها في كلتا اللغتين.

١٠- عدد الأطفال في الأسرة وترتيب ميلاد الطفل.

الاضطرابات اللغوية: المستقبلة والتعبيرية:

يمكن أن تشمل الصعوبات اللغوية اللفظية التي تعتمد على السمع المهارات المستقبلة عند الطفل (أي الاستيعاب)، أو المـهارات التعبيريـة(أي الإنتـاج)، أو قـد تتضمن كلا من النوعين من المهارات في نفس الوقت. يمكن القول أن الاضطرابات في اللغة المستقبلة يكـون مصحوبـاً بعيـوب تعبيريـة نظـراً لأن التعبـير مبـني علـى الاستيعاب، لكن الاضطراب في اللغة التعبيريـة قـد لا يكـون مصحوبـاً بـالضرورة بعيوب في اللغة المستقبلة، لعل من أوضح الاضطرابات في اللغة الأنواع التالية:

١- عيوب دلالات الألفاظ:

الطفل المعوق في اللغة يمكن أن يظهر عيوباً في الـثروة اللفظيـة المسـتقبلة أو التعبيرية، كذلك قد تبدو على الطفل بعض أشكال القصـور أو الضعـف في فـهم العلاقات بين الألفاظ، أو في استخدام هذه الألفاظ في فهم المتضـادات، والمترادفـات وفئات المفاهيم (كالأغذية أو الملابس أو الألوان)، أو قصور في اسـتخدام الكلمـات ذاتها، تعتبر المشكلات من هذا النوع عيوباً في نظام دلالات الألفاظ، أي المشكـلات التي ترتبط بالمعاني.

٢- العيوب التركيبية (البنائية):

تتضمن أشكال القصور في النظـم التركيبيـة اللغويـة مشكـلات في ترتيـب الكلمات أو في فهم واستخدام الأنماط المختلفـة مـن الجمـل، مثـلاً اسـتخدام جمـل قصيرة غير تامة من جانب طفل يبلغ الرابعة من العمر أو يزيد، أو وضـع الكلمـة في الترتيب غير الصحيح لها في بناء الجملة.

٣- عيوب النظام المورفولوجي (الصرفي):

تشمل عيوب النظام المورفولوجـي مشكـلات فـهم أو اسـتخدام العلامـات

المختلفة للتشكيل (أو الصرف) في الأسماء والأفعال والصفات وما إلى ذلك، في مثل هذه الحالة قد يفشل الطفل في استخدام العلامات المطلوبة، أو قد يستخدم علامات خاطئة في بناء الجمل.

٤- عيوب النظام الصوتي:

يبدو أن عيوب النظام الصوتي أقل شيوعاً من الأنواع الأخرى لاضطرابات اللغة، تتضمن عيوب النظام الصوتي عادة النمو القاصر في نظام الصوت مما يجعل مخزون الطفل من الأصوات محدوداً.

٥- عيوب في الاستخدام رفيع المستوى للغة:

قد تنعكس اضطرابات اللغة عند الأطفال في أشكال من الضعف أو القصور في استخدام اللغة في العمليات العقلية العليا وحل المشكلات، وعلى سبيل المثال، يجد هؤلاء الأطفال صعوبة في وصف الأشياء أو تقسيمها إلى فئات، أو في شرح أوجه الشبه والاختلاف، أو علاقات السبب والنتيجة، أو في استخلاص الآثار والنتائج، وتظهر هذه العيوب في الأنشطة التي تتضمن سرد القصص.

مظاهر اضطرابات اللغة:

تتعدد مظاهر الاضطرابات اللغوية، وذلك تبعاً لتعدد الأسباب المؤدية إليها، فهناك بعض الاضطرابات اللغوية المرتبطة بالقدرة على إصدار الأصوات وتشكيلها، ومع ذلك فيمكن ذكر المظاهر التالية للاضطرابات اللغوية بشكل عام كما يذكرها هلهان (١٩٨١) وليرنر(١٩٧٦) وهيوارد(١٩٨٠) وكيرك(١٩٧٢):

١- اضطرابات النطق (Articulation Disorders) وتشمل المظاهر التالية:

أ- الإبدال (Substituttion): ويقصد بذلك أن يبدل الفرد حرفاً بآخر من حروف الكلمة(ستينه بدلاً من سكينة، وخشن بدلاً من شحن) وتعتبر ظاهرة إبدال الحروف في الكلمة أمراً طبيعياً، ومقبولاً حتى سن دخول المدرسة، ولكنها لا تعتبر كذلك فيما بعد ذلك العمر، فالفرد الذي يكثر من مظاهر الإبدال للكلمات المنطوقة يعاني من مظهر من مظاهر الاضطرابات اللغوية.

ب- الحذف (Omission): ويقصد بذلك أن يحذف الفرد حرفاً أو أكثر من

الكلمة (خوف بدلاً من كلمة خروف)، وتعتبر ظاهرة الحذف أمراً طبيعياً ومقبولاً حتى سن دخول المدرسة، ولكنها لا تعتبر كذلك فيما بعد.

ج- **الإضافة**(Additions) : وهي أن يضيف الفرد حرفاً جديداً إلى الكلمة المنطوقة (لعبات بدلاً من كلمة لعبة)، وتعتبر ظاهرة إضافة الحروف لكلمات أمراً طبيعياً ومقبولاً حتى سن دخول المدرسة، ولكنها لا تعتبر كذلك فيما بعد ذلك العمر.

د- **التشويه** (Distortions) : وهي أن ينطق الفرد الكلمات بالطريقة الغير مألوفة في مجتمع ما، وتعتبر ظاهرة التشويه في نطق الكلمات أمراً مقبولاً حتى سن دخول المدرسة ولكنها لا تعتبر كذلك فيما بعد، ويبدو أن عيوب تحريف النطق تنتشر بين الأطفال الأكبر سنا وبين الراشدين أكثر مما تنتشر بين صغار الأطفال.

٢- اضطرابات الكلام (Speech Disorders) :

هذه الاضطرابات تتعلق بمجرى الكلام أو الحديث، ومحتواه، ومدلوله أو معناه، وشكله، وسياقه وترابطه مع الأفكار والأهداف، ومدى فهمه من الآخرين، وأسلوب الحديث، والألفاظ المستخدمة، وسرعة الكلام ...، إذن اضطرابات الكلام تدور حول محتوى الكلام ومغزاه وانسجام ذلك مع الوضع العقلي والنفسي والاجتماعي للفرد المتكلم، ومن هذه الاضطرابات ما يدخل تحت اسم الطلاقة في النطق (Fluency disorders)، كما في حالة اللجلجة في الكلام...

واضطرابات الكلام متعددة ويمكن أن نوجزها بما يلي:

١- ضعف المحصول اللغوي وتأخر الكلام لدى الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة (٢-٥) سنة ويطلق على هذه الحالات اسم **Delayed or Inhibited speech**.

٢- التردد في النطق أو الرتة في الكلام التهتهة (التأتأة) **Stuttering**.

٣- اعتقال اللسان كما تسمي اللجلجة أو التهتهة **Stammering**.

٤- الأفيزيا **Aphasia** أو احتباس الكلام.

٥- الكلام الانفجاري الحاد **Explosive Speech**.

٦- ترديد الألفاظ والكلمات دون مبرر أو قصد Echolalia أو تكرار عبارات لا داعي لها Verbigeration.

٧- السرعة الزائدة في الكلام Cluttering.

٨- البطء الزائد في الحديث أو الكلام.

٩- بعثرة الحديث Scattering.

١٠- كلام السكير Scaning Speech.

١١- تدفق الكلام Logorr hoea.

١٢- تطاير الأفكار أثناء الكلام Flight of Ideas

١٣- المبالغة في التورية في الكلام Punning.

١٤- الوقوف أثناء الكلام (Blocking): في هذه الحالة يقف المتحدث عن الكلام، بعد كلمة أو جملة ما لفترة غير عادية، مما يشعر السامع بأنه انتهى من كلامه، مع أنه ليس كذلك، وتؤدي اضطرابات الكلام أيا كانت إلى صعوبات في التعبير عن الذات تجاه الآخرين.

٣- اضطرابات اللغة (Language Disorders):

يقصد بذلك تلك الاضطرابات اللغوية المتعلقة باللغة نفسها من حيث زمن ظهورها، أو تأخيرها أو سوء تركيبها من حيث معناها وقواعدها، أو صعوبة قراءتها أو كتابتها، وعلى ذلك تشمل اضطرابات اللغة المظاهر التالية:

أ- تأخر ظهور اللغة (Language Delay): في هذه الحالة لا تظهر الكلمة الأولى للطفل في العمر الطبيعي لظهورها، وهو السنة الأولى من عمر الطفل، بل قد يتأخر ظهور الكلمة الأولى إلى عمر الثانية أو أكثر، ويترتب على ذلك مشكلات في الاتصال الاجتماعي مع الآخرين، وفي الحصول اللغوي للطفل، وفي القراءة والكتابة فيما بعد.

ب- فقدان القدرة على فهم اللغة وإصدارها (Aphasia): في هذه الحالة لا يستطيع الطفل أن يفهم اللغة المنطوقة، كما لا يستطيع أن يعبر عن نفسه لفظياً بطريقة مفهومة، ويمكن أن نميز بين نوعين من حالة الافيزيا، الأولى هي فقدان

القدرة على فهم اللغة، أو إصدارها المكتسبة (Acquired Aphasia) والتي تحدث للفرد بعد عملية اكتساب اللغة، والثانية هي الحالة التي تحدث للفرد قبل اكتسابه اللغة، ويترتب على اصابة الفرد بهذه الحالة مشكلات في الاتصال الاجتماعي مع الآخرين، وفي التعبير عن الذات، وفي المحصول اللغوي للفرد فيما بعد، ويُصاحب مثل هذه المشكلات أثار انفعالية سلبية على الفرد نفسه.

ج- **صعوبة الكتابه** (Dysgraphia): وفي هذه الحالة لا يستطيع الطفل أن يكتب بشكل صحيح المادة المطلوب كتابتها، والمتوقع كتابتها ممن هم في عمره الزمني، فهو يكتب في مستوى يقل كثيراً عما يتوقع منه.

د- **صعوبة التذكر والتعبير** (Dysnomia and Apraxia): وهي صعوبة تذكر الكلمة المناسبة في المكان المناسب ومن ثم التعبير عنها، وفي هذه الحالة يلجأ الفرد إلى وضع أية كلمة مفردة بدلاً من تلك الكلمة.

هـ- **صعوبة فهم الكلمات أو الجمل** (Echolalia/ agnosia): وهي صعوبة فهم معنى الكلمة أو الجملة المسموعة وفي هذه الحالة يكرر الفرد استعمال الكلمة أو الجملة دون فهمها.

و- **صعوبة القراءة** (Dyslexia): في هذه الحالة لا يستطيع الطفل أن يقرأ بشكل صحيح المادة المكتوبة والمتوقع قراءتها ممن هم في عمره الزمني، فهو يقرأ في مستوى يقل كثيراً عما يتوقع منه.

ز- **صعوبة تركيب الجملة** (Language Defict): وهي صعوبة تركيب كلمات الجملة من حيث قواعد النص ومعناها، لتعطي المعنى الصحيح، وفي هذه الحالة يعاني الطفل من صعوبة وضع الكلمة المناسبة في المكان المناسب.

٤- اضطرابات الصوت (Voice Disorders):

يقصد بذلك الاضطرابات اللغوية المتعلقة بدرجة الصوت من حيث شدته أو ارتفاعه، أو انخفاضه، أو نوعيته، وتظهر أثار مثل هذه الاضطرابات اللغوية في الاتصال الاجتماعي مع الآخرين، وتعتبر اضطرابات الصّوت أقل شيوعاً من عيوب النطق.

١- اضطرابات الطبقة أو الايقاع الصوتي بالنسبة للسلم الموسيقي ويدخل ضمن هذه الاضطرابات.

أ- ارتفاع الصوت. ب- الفواصل في الطبقة الصوتية.

ج- الصوت المرتعش أو المهتز. د- الصوت الرتيب.

٢- الصوت الخشن أو الغليظ.

٣- بحة الصوت.

٤- الصوت الهامس.

٥- الخنخنة في الصوت(رنين الصوت).

٦- الصوت الطفلي.

٧- انعدام الصوت.

أسباب الاضطرابات اللغوية:

يؤثر عدد من العوامل الجسمية والنفسية، والاجتماعية، والبيئية على نمو اللغة عند الأطفال، لذلك ترتبط اضطرابات اللغة ارتباطاً وثيقاً بالأشكال الأخرى من العجز أو القصور، وحالات الإعاقة المتعددة.

وتشير الدراسات الطبية والنفسية والتربوية إلى أن أسباب الاضطرابات تختلف حسب الحالات، والأعمار والبيئات، ومعظم الدراسات ترجع بشكل عام إما إلى أسباب عضوية مثل إصابة أحد أجزاء اللغة التنفس والجهاز العصبي وإما أن تكون الأسباب ذات طابع نفسي تربوي ترجع إلى الأسرة والتربية وعوامل التنشئة الاجتماعية، إو ترجع إلى عوامل نفسية وجدانية عميقة مثل الانفعالات الحادة والمخاوف والصدمات النفسية، وقد ترجع الحالة الواحدة إلى أكثر من سبب أو عامل وجميع هذه الأسباب متداخلة ومتفاعلة مع بعض.

ويمكن تقسيم أسباب الاضطرابات اللغوية إلى ما يلي:

١- الأسباب العصبية: وهي الأسباب المرتبطة بالجهاز العصبي المركزي، وما يصيب ذلك الجهاز من تلف ما أو إصابة ما قبل أو أثناء أو بعد الولادة، فالجهاز

العصبي المركزي هو المسؤول عن الكثير من السلوك، ومنها النطق واللغة، لذا فأي خلل في هذا الجهاز يؤدي إلى مشكلات في النطق واللغة، فمثلاً حالات الشلل الدماغي تظهر آثارها واضحة على الطفل واضطرابات النطق لديه.

ومن الآثار والمشكلات المترتبة على هذا الخلل، الأفيزيا، والتي تعود إلى أسباب مرتبطة بتلف ما أو إصابة ما للدماغ، وحالات صعوبة القراءة (ديسلكسيا) والكتابة (ديسكرابيا)، وصعوبة فهم الكلمات أو الجمل، وصعوبة ترتيب الجمل من حيث قواعد اللغة.

٢- الأسباب الوظيفية أو النفسية: وهي الأسباب المرتبطة بأساليب التنشئة الأسرية والمدرسية، منها العقاب الجسدي، يؤثر على الطفل فيؤدي إلى التأتأة أو السرعة الزائدة في الكلام والتلعثم، كذلك فإن الطفل الذي يتسرع أهله في نقله إلى صف دراسي أعلى، دون الأخذ بالاعتبار إمكانياته الطبيعية، سرعان ما يتحول إلى السلوك السلبي في تصرفاته، أو أنه قد يمتنع عن الكلام، وتظهر عليه علامات الارتباك والتعثر لما يشعر به من توتر انفعالي.

٣- الأسباب العضوية: تعتبر سلامة الأجهزة العضوية المسؤولة عن إصدار الأصوات ونطقها مثل الحنجرة ومزمار الحلق والفكين، والأنف والشفتين واللسان... شرطاً رئيسياً من شروط سلامة الفرد من الاضطرابات اللغوية، خاصة إذا لم يعاني الفرد من إعاقات مرافقه، فسلامة الأجهزة المسؤولة عن النطق واللغة يؤدي إلى النطق السليم، ومن العيوب التي لها أثر في قدرة الطفل على النطق واللغة الحنجرة، الحلق وتشوهاته مثل سقف الحلق المشقوق، والشفة الشرماء، وعدم تناسق الأسنان يؤدي إلى مشكلات في الحروف التالية: ز،س، ي، ف، ذ.

٤- الأسباب المرتبطة بإعاقات أخرى: الطفل الذي يعاني من إعاقة في السمع -بدرجة متوسطة أو حادة- من المتوقع أن يعاني من مشكلات في اللغة إذا لم يتم التعرف على الإعاقة السمعية في وقت مبكر، وإذا لم يصحح القصور السمعي سواء من خلال الأساليب الجراحية أو باستخدام الأدوات المعينة على السمع.

كذلك ظاهرة التوقف أثناء الكلام أو الكلام بصوت غير مسموع، وقلة المحصول اللغوي، وسوء تركيب الجملة من المظاهر المميزة لحالات الإعاقة العقلية وخاصة حالات الإعاقة العقلية الشديدة، في حين تمثل مظاهر صعوبة فهم اللغة وتذكرها وظاهرة التأتأة والسرعة الزائدة في الكلام والإضافة، والإبدال، والحذف والتشويه للغة، وتعبيرات الوجه والجسم غير العادية أثناء الكلام، وقلة المحصول اللغوي والأكاديمي مظاهر مميزة لحالات الإعاقة الانفعالية خاصة حالات الإعاقة الانفعالية الشديدة، وصعوبة القراءة والكتابة وسوء ترتيب الجملة مظاهر لحالات صعوبات التعلم.

قياس وتشخيص الأطفال المضطربين لغوياً:

عندما يوجد شك في أن طفلاً ما يعاني من اضطرابات في اللغة، فإن التقييم التشخيصي للحالة يتضمن استخدام اختبارات موضوعية وأخرى ذاتية لتقييم مهارات الطفل في استيعاب الألفاظ واستخدامها، والتركيبات اللغوية، وقواعد التشكيل والصرف، بالإضافة إلى الاستخدام الكلي للغة في مواقف التواصل الشخصي ومواقف حل المشكلات، لما كان لا يوجد اختبار واحد يمكن أن يوفر جميع البيانات المطلوبة، يصبح من الضروري في هذه الحالة استخدام بطاريات من الاختبارات التي تضم عدداً من الاختبارات المتنوعة لتقدير جميع مظاهر الأداء الوظيفي اللغوي عند الطفل.

لأساليب قياس المهارات اللغوية بالطرق الذاتية أهميتها أيضاً في تحديد قدرات الطفل ومهاراته اللغوية، ونواحي القصور والضعف في هذه المهارات بصفة خاصة، يقول لي Lee(١٩٧٤) أن تحليل عينة من اللغة التي تصدر تلقائياً من الطفل يمكن أن يزودنا ببعض المعلومات المفيدة في تخطيط البرنامج العلاجي.

وتتلخص عملية قياس وتشخيص الاضطرابات اللغوية في مراحل أساسية متكاملة وهي:

المرحلة الأولى: مرحلة التعرف المبدئي على الأطفال ذوي المشكلات اللغوية.

يلاحظ الأباء والأمهات والمعلمون والمعلمات مظاهر النمو اللغوي، وخاصة

لدى استقبال الطفل للغة، وزمن ظهورها والتعبير بواسطتها والمظاهر غير العادية للنمو اللغوي مثل التأتأة، والسرعة الزائدة في الكلام، أو قلة المحصول اللغوي...الخ، وفي هذه المرحلة يحول الأباء والأمهات أو المعلمين والمعلمات الطفل الذي يعاني من مشكلات لغوية إلى الاخصائيين في قياس وتشخيص الاضطرابات اللغوية.

المرحلة الثانية : مرحلة الاختبار الطبي الفسيولوجي للأطفال ذوي المشكلات اللغوية.

في هذه المرحلة، وبعد تحويل الأطفال ذوي المشكلات اللغوية، أو الذين يشك بأنهم يعانون من اضطرابات لغوية إلى الأطباء ذوي الاختصاص في موضوعات الأنف والأذن والحنجرة، وذلك من أجل الفحص الطبي الفسيولوجي لمعرفة مدى سلامة الأجهزة الجسمية ذات العلاقة بالنطق واللغة، كالأذن والأنف، الحبال الصوتية، اللسان......

المرحلة الثالثة : مرحلة اختبار القدرات الأخرى ذات العلاقة بالأطفال ذوي المشكلات اللغوية.

بعد التأكد من خلو الأطفال ذوي المشكلات اللغوية من الاضطرابات العضوية يتم تحويل هؤلاء الأطفال إلى ذوي الاختصاص في الإعاقة العقلية، والسمعية، والشلل الدماغي، وصعوبات التعلم، وذلك للتأكد من سلامته أو إصابة الطفل بإحدى الإعاقات التي ذكرت، وذلك بسبب العلاقة بين الاضطرابات اللغوية وتلك الإعاقات.

في هذه الحالة يذكر كل اختصاصي في تقريره مظاهر الاضطرابات اللغوية للطفل ونوع الإعاقة التي يعاني منها.

المرحلة الرابعة : مرحلة تشخيص مظاهر الاضطرابات اللغوية.

على ضوء نتائج المرحلة السابقة، يحدد الاخصائي في قياس وتشخيص الاضطرابات اللغوية مظاهر الاضطرابات التي يعاني منها الطفل، ومن الاختبارات المعروفة في هذا المجال:

١- اختبار الينوي للقدرات السيكولغوية.

٢- اختبار مايكل بست لصعوبات التعلم.

٣- مقياس المهارات اللغوية للمعوقين عقلياً ويتألف هذا المقياس من ٨ فقرات

موزعة على خمسة أبعاد هي:

أ- الاستعداد اللغوي المبكر.

ب- التقليد اللغوي المبكر.

ج- المفاهيم اللغوية الأولية.

د- اللغة الاستقبالية.

و- اللغة التعبيرية.

نسبة الاضطرابات اللغوية:

تختلف اضطرابات النطق والكلام حسب الجنس، العمر، البيئة، فهناك اضطرابات مثل التهتهة، والتلعثم يتعرض لها الذكور أكثر من الإناث، والمراهقين أكثر من الأطفال، وقد لوحظ أن بعض الاضطرابات مثل اللجلجة في الكلام تزداد نسبتها مع تقدم العمر، وأن حالات الافيزيا غالباً ما تظهر لدى الكبار. وعلى العكس فإن عيوب النطق الابدالية، والحذف والإضافة غالباً ما تظهر لدى الأطفال، ولدى الإناث أكثر منه لدى الذكور، وقد أشار بوم Boome ورتشاردسون Richardsom بأن نسبة اللجلجة تختلف من بلد للأخر، وقد وجد أن نسبة الإصابة في اللجلجة لدى تلاميذ المدارس في أميركا تصل لحوالي (١٪) وفي إنجلترا حوالي (١٪) وفي بلجيكا(٢٪)، كما وجد أن اللجلجة لم تعرف لدى جماعات الهنود الحمر، كما توجد اضطرابات النطق لدى نسبة حوالي (٢٠-٢٥٪) بين حالات التخلف العقلي، كما لوحظ أن حالات التهتهة توجد بنسبة(٠,٥٪) لدى المترددين إلى العيادة النفسية.

وآخرون بينوا أن عيوب النطق والكلام بوجه عام تقدر بحوالي ٥٪ وأكثر من ١٠٪ من الأطفال في سن المدرسة.

أما كيرك ١٩٧٢ فيشير إلى أن ما نسبته (٥٪) من العينة التي أجرى عليها الدراسة تعاني من مظهر ما من مظاهر اضطرابات النطق واللغة، وأن أعلى نسبة الاضطرابات اللغوية هي نسبة ذوي المشكلات النطقية، إذ بلغت تلك النسبة ٣٪، ومن الدراسات التي يذكرها هيوارد وزميله ١٩٨٠ تلك الدراسة التي تشير إلى أن (٥٪) من أطفال المدارس في الولايات المتحدة الأمريكية تعاني من اضطرابات لغوية.

الخصائص السلوكية والتعليمية للأطفال المضطربين لغوياً:

١- الخصائص العقلية:

ونعني بها أداء المفحوص على اختبارات الذكاء المعروفة، مثل مقياس ستانفورد بينيه أو وكسلر، ويشير هلهان وكوفمان (١٩٨١) إلى تدني أداء ذوي الاضطرابات اللغوية على مقياس القدرة العقلية، مقارنة مع العاديين المتناظرين في العمر الزمني، وفي الوقت الذي يصعب فيه تعميم مثل ذلك الاستنتاج، إلا أن ارتباط الاضطرابات اللغوية بمظاهر الإعاقة العقلية أو السمعية والانفعالية أو صعوبات التعلم أو الشلل الدماغي، يجعل ذلك الاستنتاج صحيحاً إلى حد ما، وعلى ذلك فليس من المستغرب أيضاً أن نلاحظ تدني أداء ذوي الاضطرابات اللغوية على اختبارات التحصيل الأكاديمي، مقارنة مع العاديين، خاصة إذا أضفنا أثر العوامل النفسية والاجتماعية في تدني التحصيل الأكاديمي لديهم.

٢- الخصائص الانفعالية والاجتماعية:

وهي تلك الخصائص المرتبطة بموقف ذوي الاضطرابات اللغوية من أنفسهم، ومن موقف الآخرين منهم، وبسبب ارتباط بعض مظاهر الاضطرابات اللغوية بمظاهر الإعاقة العقلية أو السمعية والانفعالية أو صعوبات التعلم أو الشلل الدماغي فليس من المستغرب أن نلاحظ تماثل تلك الخصائص مع خصائص الأطفال الذين يمثلون تلك الإعاقات، ومن الخصائص الانفعالية لدى الأفراد المضطربين لغوياً الشعور بالرفض من الآخرين، الانطواء، الانسحاب من المواقف الاجتماعية، الإحباط، الشعور بالفشل، الشعور بالنقص، أو الذنب أو العدوانية نحو الذات أو نحو الآخرين، العمل على حماية أنفسهم بطريقة مبالغ فيها وهي الحماية الزائدة.

أساليب تدريس الأطفال المضطربين لغوياً:

على الرغم من أن أسلوب التقليد يستخدم في بعض الأنشطة العلاجية الموجهة توجيهاً لغوياً، فإن بعض الأساليب الأخرى مثل أسلوب التوسع وأسلوب النمذجة تستخدم أيضاً في تعليم الأطفال القواعد اللغوية المتزايدة في الصعوبة.

في إطار التوسع يأخذ الطفل بزمام المبادأة، ويقوم المعالج بتكرار الجمل الناقصة التي يتلفظ بها الطفل ويضيف إليها الكلمات الناقصة والتشكيلات الخاطئة بهدف توسيع ما يتلفظ به الطفل إلى الحد الذي يكون فيه جملة مفيدة.

أما في أسلوب النمذجة فيأخذ الطفل أيضاً بزمام المبادأة، إلا أنه في هذه الطريقة يقوم المعالج بالتعليق على ما قاله الطفل ومن ثم ينتج تحسناً في دلالات الألفاظ أكثر منه تحسناً في البناء اللغوي.

البرامج التربوية المقدمة للأطفال المضطربين لغوياً:

وضعت برامج متعددة لتعليم اللغة على أساس اختبار الينوي للقدرات النفسية-اللغوية، تم تطوير هذا البرنامج بهدف تحسين استخدام اللغة والمهارات المتصلة بها وخاصة تلك المهارات التي يقيسها الاختبار.

البرنامج الذي وضعه (لي) Lee واخرون ١٩٧٥ يقوم على تعليم الثروة اللفظية وقواعد اللغة للأطفال الذين يعانون من اضطرابات في اللغة من خلال سرد القصص والأنشطة الجماعية.

كذلك تتضمن برامج التدريب على اللغة التي صممت في الأصل للأطفال المتخلفين عقلياً والتي وضعت للأطفال المهملين اجتماعياً كثيراً من عناصر الاستثارة للنمو اللغوي تصلح للأطفال الذين لا تنطبق عليهم تعاريف التخلف العقلي أو الإهمال الاجتماعي.

وتعتبر مراكز الإقامة الكاملة للأطفال ذوي الاضطرابات اللغوية من أقدم تلك البرامج، حيث تقدم لهؤلاء الأطفال الذين يمثلون في الغالب الإعاقة العقلية أو السمعية ، أو الانفعالية، أو الشلل الدماغي، أو صعوبات التعلم، برامج صحية واجتماعية وتربوية في نفس المراكز، يلي ذلك مراكز التربية الخاصة النهارية، ثم الصفوف الخاصة الملحقة بالمدرسة العادية، ثم دمج الطلبة ذوي المشكلات اللغوية في الصفوف العادية، ومهما كان شكل تنظيم برامج الأطفال ذوي المشكلات اللغوية فلا بد أن تتضمن تلك البرامج المهارات الأساسية التالية في تعليمهم وهي:

١- مهارة تعليم الأطفال ذوي الاضطرابات اللغوية من قبل أخصائي في تعليم

اللغة واضطراباتها، ويطلق على هذا الأخصائي (Speech Therapist) وتبدو مهمة هذا الأخصائي في قياس وتشخيص مظاهر اضطرابات النطق واللغة ومن ثم وضع البرامج التربوية الفردية المناسبة لكل منهم.

٢- مهارة تعليم الأطفال ذوي الاضطرابات اللغوية وفق مبادئ تعديل السلوك وأساليبه، ويقصد بذلك وضع خطط تعليمية تقوم أساساً على أساليب تعديل السلوك منها أساليب التعزيز الإيجابي أو السلبي، التقليد..

٣- مهارة اختيار الموضوعات المناسبة للحديث عنها، وتبدو مهمة معلم الأطفال ذوي الاضطرابات اللغوية العمل ومع الطلبة أنفسهم على اختيار الموضوعات المحببة أو المشوقة للأطفال، إذ يعمل ذلك على تشجيع الأطفال على الحديث عن تلك الموضوعات، كما يعمل على تخفيف التوتر الانفعالي لدى الطلبة ذوي الاضطرابات الانفعالية.

٤- مهارة استماع معلم الأطفال ذوي المشكلات اللغوية لحديث هؤلاء الأطفال دون أن تبدو عليه مظاهر صعوبة قبول هؤلاء الأطفال ذوي المشكلات اللغوية، خاصة الأطفال الذين لديهم مشكلة التأتأة أو السرعة الزائدة في الكلام.

٥- مهارة تشجيع الأطفال ذوي المشكلات اللغوية، خاصة مشكلات التأتأة أو السرعة الزائدة في الكلام، على الحديث أمام الآخرين.

٦- مهارة تقليد نطق الكلمات أو الجمل بطريقة صحيحة، ونعني بذلك تقليد الآخرين ذوي النطق الصحيح.

٧- مراعاة مهارات تعليم الأطفال ذوي الإعاقة العقلية، والسمعية، والانفعالية، والشلل الدماغي، وصعوبات التعلم، والذين يظهرون اضطرابات لغوية خاصة فيما يتعلق باستخدام الإيماءات أو الاشارات، أو النماذج الكلامية.

٨- استخدام الألعاب التربوية لتنمية اللغة منها العاب مونتسوري والألعاب المعرفية والألعاب الجماعية.

ارشادات ونصائح للأسرة والمدرسة :

١- يجب رعاية النمو اللغوي لدى الطفل الصغير وتدريبه على الكلام، وإتاحة

الفرصة لمخاطبته، وفهمه مما يؤدي إلى النمـو اللغـوي لـدى الطفـل، كمـا يجـب إحاطة الطفل بالرعاية والعطف والحنان وخاصة من قبـل الأم، وتوفـير الرعايـة الصحية والنفسية بشكل صحيح.

٢- إذا لاحظ الأباء وجود قصور لغوي واضح لـدى طفلـهم بالمقارنـة مـع الأطفـال الآخرين ينبغي مراجعة الأخصائيين من الأطباء وعلماء الطب النفسي، حتى يتم مواجهة المشكلة إن وجدت بشكل مبكر وبالاعتماد على مبادئ علمية سليمة.

٣- يجب الانتباه إلى اللغة العامية، واللغـة الفصحـى عنـد تعليـم الطفـل الكـلام، كذلك تعويد الطفل على عدم استخدام الألفاظ الشاذة، والبذيئة، ويفضل عـدم تصحيح الأخطاء النحوية، لأن هذا يعتبر أمر طبيعي يجب المرور عليه.

٤- إذا كان للطفل أخوة صغار يجب عدم مقارنـة لغـة الطفـل أو نطقـه مـع اخوتـه الذين يتكلمون أفضل منه، لأن ذلك يترك أثراً سـيئاً لـدى الطفـل ويزيـد مـن مشكلته.

٥- أن وضع الطفل في عمر السنتين في دور الحضانة مثل عمل الأم، أو غـير ذلـك، مقبول، ولكن يفضل لو يكون الطفل مع أسرته وبـين اخوتـه الذيـن يكبرونـه سناً.

٦- تشجيع الطفل على الكلام، والتحدث والتعبير بطلاقة، والاسـتماع الصحيـح، والقراءة وسماع القصص والحكايات الشيقة، والاهتمـام بـالصور، والرسـومات والصحف ...

٧- على الأم التي تعمل خارج المنزل ايجاد الفرصـة المناسـبة لتعويـض الطفـل عمـا ينقصه من رعاية وعطف، وحوار لغوي.

٨- ضرورة الانتباه إلى خطورة ازدواجية اللغة، حيث يعيش الطفل خـلال فـترة نمـوه اللغوي داخل وسط يتدرب فيه أو يستمع إلى لغتين مختلفتين تماماً، وهذا مـايعيق نمو اللغة ويحدث اضطرابات في شخصية الطفل.

٩- أما بالنسبة للطفل الأعسـر فيجـب اعتبـار أن هـذه الحالـة عادية غـير مرضيـة ويفضل عدم الإلحاح أو الضغط على الطفل للكتابة بيده اليمين، لأن ذلك قـد يترتب عليه فشل دراسي، واضطراب شخصي، وتهته في الكلام وغير ذلك.

١٠- إن الطفل قد يكتسب اضطرابات النطق والكلام من أبويه وإخوته والمقربـون إليه إذا تضمن كلامهم أخطاء في النطق والكلام، فالطفل سـرعان مـا يكتسـب أو يقلد أو يتعود على نطق الكلمات، أو الأحرف أو الجمل بشكل خاطئ.

١١- على المدرس أن يكـون واعيـاً بألفـاظ ونطـق تلاميـذه الصحيحـة، والخاطئـة ، والفروق الفردية اللغوية بين تلاميذه، والاستفادة من تدريبات القراءة الجهرية.

١٢- من الضروري على المؤسسات التربوية اجراء فحوص واختبارات دورية تتناول مستوى السمع، الابصار ، والقدرة العقلية العامة، والقـدرة اللغويـة، والسـلوك العام لدى الأطفال والتلاميذ.

١٣- العمل على وقاية الطفل من الأمـراض والاضطرابـات ومتابعـة مراحـل نمـوه اللغوي بشكل صحيح.

الفصل التاسع

الإعاقة الحركية

مفهوم الإعاقة الحركية.

مظاهر الإعاقة الحركية.

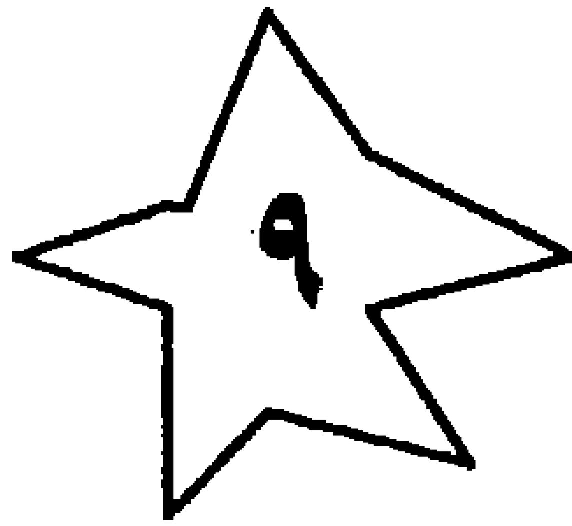
نسبة الإعاقة الحركية.

قياس وتشخيص الإعاقة الحركية.

الخصائص السلوكية والتعليمية للإعاقة الحركية.

- الخصائص السلوكية للمصابين بالشلل الدماغي.
- الخصائص السلوكية للمصابين بالصرع.
- الخصائص السلوكية للمصابين بالحمى الروماتزمية.
- الخصائص السلوكية التعليمية للمعاقين حركيا.

البرامج التربوية للمعاقين حركيا.



الفصل التاسع

الإعاقة الحركية

Motor Impairment

عند ميلاد الطفل يتم البحث عن أشكال معينة من السلوك الحركي لدى هذا الطفل تصلح في مجموعها كدلالات على أنه يتمتع بقدر معقول من الصحة، فقدرة الطفل على امتصاص الغذاء، وقدرته على البلع وتناول الأشياء وإغماض العين استجابة للضوء، وأشكال أخرى من السلوك الانعكاسي تعتبر علامات تشير إلى وجود نمط عادي من السلوك الحركي عند هذا الطفل حديث الولادة، وكلما تقدم الطفل نحو اتمام السنة الأولى من عمره يحقق تقدماً هائلاً في أدائه الحركي، بعض الأشكال المعينة من السلوك الانعكاسي تصبح أقل وضوحاً، كما يحاول الطفل الوصول إلى الأشياء، ويتحرك من جنب إلى أخر، ويظهر قدرته على ضبط الرأس والجزء الأعلى من الجسم، وتنمو لديه القدرة على التنسيق الدقيق بين الإبهام والأصابع الأخرى، وتصبح مظاهر المهارات الحركية واضحة تماماً في سلوك الطفل.

السنوات الثانية والثالثة والرابعة من عمر الطفل تتضمن علامات واضحة على النمو الحركي إذ يكتسب الطفل خلالها قدرة متزايدة على الضبط والتحكم في أجزاء الجسم، ويصبح على قدر أكبر مما كان عليه في سنته الأولى من المهارة في القيام بالأشكال المعقدة من السلوك الحركي.

كلما تقدم الأطفال في السن تبدأ الغالبية العظمى منهم في اكتساب خصائص حركية تشبه خصائص الراشدين في المهارات الحركية، فالأطفال بوجه عام يصبحون قادرين على الجري والقفز وتسلق الدرج وما شابه ذلك بسهولة، وتعتبر السنوات السادسة والسابعة فترات يظهر الطفل خلالها أنماطاً ناضجة نسبياً من المهارات الحركية الدقيقة كتلك التي تتضمنها عملية التشابه، وفي مدى واسع من الأنشطة الحركية التي تحتوي على درجة عالية من التعقيد.

إذن يعتبر التطور الحركي أساسياً من التطور العام للطفل في كل المناحي ولا يمكن النظر لهذا التطور بمعزل عن التطور العام له.

خلال الفترة التي تتلو السنوات الثلاث الأولى من العمر تكون التغيرات تدريجية فيبدو أن التغير يسير بتواتر أبطأ، لكننا نلاحظ أن الطفل يتحرك بمحيطه بمهارة أكبر وعلينا أن نتيح للطفل تعلم الحركة وليس فقط أداء الحركة.

ومن ناحية الطفل فإن فترة ما قبل المدرسة تمثل له فترة تعرف على قدرته الحركية وعلى حدود قدراته فهو يعرف أن باستطاعته المشي لكنه يبدأ باستكشاف كم يستطيع أن يمشي وهو قادر على الجري لكنه يريد أن يقارن سرعته بسرعة الآخرين وهو يرغب في أن يتعرف على مناطق ضعفه ومناطق قوته فعندما يفشل في إزاحة وتحريك جسم ما بيديه يحاول استعمال قوة دفع قدميه.

إذن يعتبر النمو الحركي عاملاً أساسياً ومهماً من عوامل النمو العقلي والانفعالي والاجتماعي، إذ يساهم النمو الحركي للفرد في أنشطته العقلية والاجتماعية والانفعالية.

تقسم مظاهر النمو الحركي إلى قسمين رئيسيين : يمثل القسم الأول منها، المهارات الحركية العامة في حين يمثل القسم الثاني منها المهارات الحركية الدقيقة، كما يتأثر النمو الحركي للفرد بعدد من العوامل أهمها العوامل الوراثية وسلامة الجهاز العصبي، والأطراف، والعمود الفقري، والتغذية، والتمارين الرياضية، والعوامل الجغرافية، ويسير النمو الحركي للفرد بطريقة طبيعية وسوية، إلا أن هناك عوامل تؤدي إلى خلل ما في مظاهر النمو الحركي للفرد.

مفهوم الإعاقة الحركية :

المعاق حركياً: هو الشخص الذي لديه عائق جسدي يمنعه من القيام بوظائفه الحركية بشكل طبيعي نتيجة مرض أو إصابة أدت إلى ضمور في العضلات أو القدرة الحركية أو الجسمية أو كلتيهما معاً في الأطراف السفلى والعليا أحياناً أو إلى اختلال في التوازن الحركي أو بتر في الأطراف، ويحتاج هذا الشخص إلى برامج طبية ونفسية واجتماعية وتربوية ومهنية لمساعدته في تحقيق أهدافه الحياتية والعيش بأكبر قدر من الاستقلالية.

مظاهر الإعاقة الحركية والجسمية والصحية :

الإعاقة الحركية حالات الأفراد الذين يعانون من خلل ما في قدرتهم الحركية،

أو نشاطهم الحركي بحيث يؤثر ذلك الخلل على مظاهر نموهم العقلـي والاجتماعي والانفعالي ويستدعي الحاجة إلى التربية الخاصة، ويندرج تحت ذلك التعريف العديـد من مظاهر الاضطرابات الحركية أو الإعاقة الحركية التي تستدعي الحاجة إلى خدمات التربية الخاصة، ومنها حالات الشلل الدماغي، اضطرابات العمود الفقري، ووهن أو ضمور العضلات، والتصلب المتعدد ، الصرع،....الخ، وفيما يلي وصف موجز لكـل منها:

- **الشلل الدماغي** (Cerebral palsy)

الشلل الدماغي هو الاصطلاح الذي يطلق على حالة الطفل الـذي يتعـرض إلى إصابة دماغه الطبيعي بعارض بسبب عدم اكتمال نموه أو تلف في خلايا المنـاطق المسؤولة عن الحركة ومعرفة القوام والتوازن، وذلك أثناء فترة نمـوه الطبيعـي (بعـد تكونه جنيناً وفي اكتمال الثانية من العمر).

أما تعريف الشلل الدماغي فهو اضطراب نمائي ينجم عـن خلـل في الدمـاغ ويظهر على شكـل عجـز حركـي يصحبـه غالبـاً اضطرابـات حسـية أو معرفيـة أو انفعالية.

أو تغير غير طبيعي يطرأ على الحركة أو الوظائف الحركية ينجم عن تشوه أو إصابة الأنسجة العصبية الموجودة داخل الجمجمة.

أما المظاهر المشتركة في أنواع الشلل الدماغي فتبدو في:

١- الشلل الحركي.
٢- الضعف الحركي.
٣- ضعف التآزر الحركي.
٤- الاضطراب الحركي كالحركات غير الإرادية.

ويصنف الشلل الدماغي إلى أنواع وذلك حسب المظهر الخارجي لحالة الشلل الدماغي وهذه الأنواع هي :

١- الشلل النصفي الطولي وتمثل هذه الحالة شلل النصـف الأيمـن أو الأيسـر مـن الجسم.

٢- الشلل النصفي العرضي وتمثل هذه الحالة شلل النصف العلوي أو السفلي من الجسم.
٣- شلل الأطراف وتمثل هذه الحالة شلل الأطراف الأربعة للجسم.
٤- الشلل النصفي السفلي وتمثل هذه الحالة شلل الرجلين من الجسم.
٥- شلل طرف واحد وتمثل هذه الحالة شلل طرف واحد من أطراف الجسم.
٦- شلل ثلاثة أطراف وتمثل هذه الحالة شلل ثلاثة أطراف من أطراف الجسم.
٧- الشلل الكلي وتمثل هذه الحالة شلل نصفي الجسم معاً.

أنواع الشلل الدماغي:

توجد حالة الشلل الدماغي عند الأطفال بأنواع مختلفة، ويصاحب كل نوع منها مجموعة من الأعراض المميزة، هذه الأنواع هي:

١- **الشلل الدماغي التشنجي (Spastic):** في هذا النوع تكون العضلات في الأطراف الأربعة ذات طبيعة مقاومة مع وجود اختلاف في التقلص الاستوائي للأطراف العليا في مقابل الأطراف السفلى، تصيب هذه الحالة جانباً واحداً في الجسم، عادة يمثل هذا النوع التشنجي ما بين ٥٠٪ إلى ٦٠٪ من الحالات.

٢- **الشلل الدماغي الكنعاني (Athetosis):** يترتب على هذا النوع من الشلل الدماغي درجة من العجز أكبر مما يحتوي عليه النوع التشنجي، تبدو مظاهر الشلل الدماغي الكنعاني واضحة من بعض الأعراض منها الاهتزاز المستمر، والحركة غير المعتدلة، وسيلان اللعاب، والتواء الوجه، وعدم اتزان وضع الرأس والرقبة والكتفين والتقلصات اللاإرادية في العضلات التي تنتج عن درجة واضحة من عدم القدرة على التنسيق العقلي الحركي.

٣- **الشلل الدماغي التخلجي (اللاانتظامي) (Ataxia):** ينتج عن اصابة المخيخ الذي هو مركز ومنسق حركات العضلات والتوازن، وتكون حركات الطفل غير متزنة يسير بخطوات واسعة ويسقط بسهولة لعدم القدرة على حفظ التوازن، كما أنه يؤدي إلى حركات غير منتظمة في العينين وهذا يؤدي إلى صعوبة التوجيه الحركي المكاني، ويكتشف عندما يبدأ الطفل في المشي، فيمشي ويداه ممتدتان إلى الأمام ليحافظ على توازنه لذا يتم وصفهم بالسكارى.

٤- **الشلل الدماغي التيبسي(Rigidity)**: يعتبر هذا النوع من الشلل الدماغي بالغ الحدة ويتميز بالتوتر المستمر عند محاولة تحريك الأطراف، ونظراً لعدم توفر المرونة اللازمة في العضلات، يجد المصاب صعوبة بالغة في المشي أو أي نوع آخر من أنواع الحركة، وتكون الإصابة رباعية، وقد يصحبها صغر الرأس أو تخلف عقلي شديد.

٥- **الشلل الدماغي الارتعاشي (Tremor)**: تظهر في هذا النوع من الشلل الدماغي أشكال مختلفة من الارتعاش، هذا الارتعاش قد يكون شديداً أو خفيفاً، كما قد يكون سريعاً أو بطيئاً، إلا أن الارتعاش يكون عادة قاصراً على مجموعات معينة من العضلات، ويبدو على وتيرة واحدة، ويكون لاإرادياً تماماً.

٦- **الشلل الدماغي الاسترخائي (الخائر) (Atonic)**: يشير هذا النوع من الشلل الدماغي إلى الأداء الوظيفي المترهل للعضلات، ومن ثم يصبح التنسيق الحركي من الأمور المستحيلة.

وتعتبر الإصابة بتلف الدماغ سبباً رئيسياً لحالات الشلل الدماغي، وقد تحدث الإصابة بتلف الدماغ نتيجة لأسباب متعددة منها ما هو وراثي، ومنها ما هو قبل أو أثناء الولادة أو بعد الولادة، حيث تمثل أسباب ما قبل الولادة تلك الأسباب الجينية، وإصابة الأم الحامل بالأمراض المعدية وخاصة الزهري، والحصبة الألمانية، وتعرض الأم الحامل للأشعة السينية، وسوء التغذية، والصدمات الجسمية، والعقاقير والأدوية، وتسمم الحمل إما أسباب أثناء الولادة فتبدو في نقص الأكسجين أثناء الولادة، وصعوبة عملية الولادة، في حين تمثل أسباب ما بعد الولادة في ارتفاع درجة الحرارة، والالتهابات والصدمات الجسمية.....الخ، وبالرغم من صعوبة حصر الأسباب المؤدية إلى حالة تلف الدماغ، فإن مثل هذه الحالات تكثر في البيئات المتوسطة والفقيرة، إذ تصاحب بعض حالات الشلل الدماغي حالات من الإعاقة العقلية أو غيرها.

- **وهن أو ضمور العضلات (Muscular Dystrophy)**:

تمثل حالات وهن أو ضمور العضلات شكلاً من أشكال الإعاقة الحركية، وذلك لما يتصل بهذه الحالات من خلل واضح في القدرة الحركية للفرد، ويقصد بوهن العضلات، ذلك الضعف العام الذي يصيب الجسم والذي يبدأ من القدمين ويستمر تدريجياً نحو منطقة الرأس أو العكس، وتبدو مظاهر هذه الحالة في ضعف

العضلات واضمحلالها التدريجي، والتي قد تظهر منذ العام الأول للولادة، وغالباً ما يحتاج الطفل الذي يصاب بهذه الحالة إلى كرسي متحرك، وذلك بسبب صعوبة اعتماد الطفل على نفسه في الانتقال من مكان لآخر، وقد تصاحب مثل هذه الحالات بحالة من الإعاقة العقلية، وتعتبر حالات وهن العضلات من الحالات الوراثية، والتي يصعب علاجها، ومن مظاهر وهن العضلات صعوبة الوقوف، كثرة الوقوع على الأرض عند المشي، وفي إنحناء الأكتاف، أو في صعوبة الوقوف على رؤوس أصابع القدمين..... الخ، أما الأعراض التي تدل على حالة وهن العضلات فتبدو في ضعف عضلات الوجه والكتفين والذراعين والساقين والتي تمثل الحالة المسماة Scapulo- Humeral Muscular Dystropy كما يبدو في حالات ضعف القدمين ثم الذراعين، والتي تمثل الحالة المسماة متلازمة دوشن Duchene Muscular Dystrophy.

- التصلب المتعدد (Multiple Sclerosis) :

تمثل حالات التصلب المتعدد شكلاً من أشكال الإعاقة الحركية وتبدو مظاهر هذه الحالة في ضعف العضلات وتشنجها، وصعوبة المشي والكلام، ومشكلات حسية انفعالية أخرى، ويصيب مثل هذه الحالات الأفراد في عمر المراهقة وما بعدها، وتعتبر هذه الحالة من الحالات المزمنة والتي يصعب علاجها، أما أسباب هذه الحالة فهي غير معروفة تماماً، والتي تؤدي إلى إصابة الجهاز العصبي المركزي.

- مرض العظام الهشة (Brittle Bones) :

في هذا المرض يولد الطفل بأطراف محنية أو ملوية أو بعظام مكسورة (أو أنه قد يبدو سليماً عند الولادة ثم تأخذ العظام بالتكسر فيما بعد)، وقد يبدأ الطفل بالمشي في ما يقارب السن الطبيعية، ولكن التشوهات المتزايدة نتيجة تكسر العظام ربما عجلت في جعل المشي مستحيلاً، ونظراً لكثرة العظام المكسورة والمنحنية يبقى هؤلاء الأطفال قصار جداً وأحياناً لا يلاحظ الأهل عندما يكسر طفلهم عظمة ما.

ليس مرض هشاشة العظام من الأمراض الشائعة، وقد يكون موروثاً أحياناً ويكون شخص أخر في العائلة مصاباً بالمشكلة نفسها.

لا يوجد علاج طبي لهذا المرض، وعلى العموم فإنه يمكن أحياناً إجراء جراحة لتقويم وتقوية عظام الساقين بوضع قضيب معدني، وهذا يمكن أن يساعد الطفل

على المشي لفترة أطول ولكنه قد يحتاج إلى كرسي متحرك للتنقل، وتتزايد مشكلات الظهر بمرور الزمن وكبر السن، وقد يحتاج الأمر إلى مشد للجسم، وكثيراً ما يكون الأطفال المصابون بمرض هشاشة العظام أذكياء وينجحون في المدارس، لكن تزايد الصمم قد يصبح مشكلة وعليك أن تساعد هؤلاء الأطفال على تطوير عقولهم وتعلم مهارات لا تتطلب قوة جسدية ويجب أن يتعلم الطفل حماية جسمه من الكسور، والنوم على فراش ثابت يساعد في ذلك.

- شلل الأطفال (Polimyeitis) :

يعتبر شلل الأطفال من الأمراض التي تشكل خطراً جسيماً على حياة المجتمعات، فهو يصيب الإنسان وخاصة تلك الفئة التي لا حول لها ولا قوة وهي الأطفال، وهم أمانة في أعناق أبائهم وأمهاتهم.

أما أسباب شلل الأطفال فهو العدوى وشلل الأطفال مرض معد يصيب الأطفال ذكوراً وإناثاً، وتسببه كائنات دقيقة جداً لا ترى إلا بالمجهر الالكتروني، وتسمى فيروسات شلل الأطفال (Poliovirus) وهي تنجذب بصفة خاصة للخلايا العصبية الحركية في الجزء الأمامي من النخاع الشوكي، كما أنها تصيب المادة السنجابية في جذع الدماغ أو الدماغ ولكن بنسبة أقل.

ووظيفة هذه الخلايا العصبية أنها تعتبر القناة التي تنقل خلالها كل الإشارات التي تصل إلى العضلات، فهي الرابط بين الجهاز العصبي والعضلات، ولذلك فإن إصابتها تؤثر في الألياف العضلية ووظيفتها، وأي إصابة في هذه الخلايا تؤثر في وظيفة العضلات التي تصيبها، حيث أن لكل مجموعة ألياف عضلية خلايا عصبية خاصة بها، وعند الإصابة يحدث شلل ارتخائي بدرجات مختلفة، وخاصة في الأطراف، حيث يمكن أن يصاب أحد الأطراف، ولكن إصابات الطرف السفلي أكثر حدوثاً.

ومع الوقت تبدي العضلات المصابة ضموراً عضلياً وارتعاشاً ذهنياً يحل محل النسيج الضام، وهذا يؤدي إلى تشوهات الأطراف في بعض الإصابات، وإذا ماتت الخلايا تسبب ذلك في حدوث شلل دائم في الألياف العصبية التي تعصبها هذه الحالة، وإذا كانت الإصابة بسيطة فيمكن أن يتماثل المريض للشفاء.

- شلل (إرب)، شلل الذراع بسبب إصابة عند الولادة:

شلل إرب عبارة عن شلل يصيب عضلات ذراع الطفل الصغير، وهو ينجم

عن إصابة أعصاب الكتف عند الولادة.

ويستلقي الرضيع على جانب واحد وإحدى ذراعيه ويديه ملويه إلى الخلف ولا يحرك الذراع بقدر ما يحرك الذراع الأخرى، وإذا لم يتم الحفاظ على مجال الحركة بكامله من خلال التمارين المنتظمة فإن التقلصات تظهر ويمكنها أن تمنع رفع الذراع إلى أعلى من الكتف أو إدارة كف اليد نحو الأعلى.

- آلام المفاصل أو التهاب المفاصل (Rheumatord Artuiritis):

هناك أسباب كثيرة لآلام المفاصل عند الأطفال، ويحتاج الطفل إلى معالجات مختلفة باختلاف الأسباب، لذا يحتاج الأمر لمعرفة سبب الألم المزمن في الطفل إلى فحوصات مخبرية للتأكد.

تحتاج أنواع معينة من آلام المفاصل إلى معالجة محددة، خصوصاً تلك الناجمة عن مرض، لكن بعض المبادئ الأساسية للغاية والمعالجة ينطبق على معظم آلام المفاصل بغض النظر عن السبب، ومن هذه الآلام:

التهاب مفاصل الأحداث (أرثريتيس)

التهاب المفاصل المزمن عند الأطفال، كيفية التعرف عليه:

أ- كثيراً ما يبدأ التهاب المفاصل (آلام المفاصل) بين السنتين الخامسة والعاشرة من العمر، ولكنه قد يبدأ أيضاً عند الأطفال الصغار جداً والمراهقين.

ب- يزداد في العادة سوءاً على مدى عدة سنوات.

ج- هناك أوقات يخف فيها الألم وتتحسن العلامات الأخرى، وأوقات أخرى يشتد بها الألم وتسوء فيها العلامات.

د- يؤثر المرض على الأطفال المختلفين بطرق مختلفة، وقد يكون خفيفاً أو معيقاً جداً.

- الورك المخلوع:

يكون الورك مخلوعاً عندما يكون عظم الفخذ في الورك خارج تجويفه ويولد بعض الأطفال بورك مخلوع أو اثنين، وأحياناً لا يعاني هؤلاء الأطفال مشكلات أخرى، وعندها يمكن للعلاج المبكر تصحيح هذه المشكلة بسهولة فلا يصبح الطفل معوقاً ولا يعاني العرج.

لهذا، فإن من المهم فحص كل الأطفال وهم في اليوم العاشر من العمر لرؤية ما إذا كان لديهم ورك مخلوع أو أكثر.

- تقوس العمود الفقري وتشوهات الظهر:

العمود الفقري عبارة عن سلسلة من العظام المسماة (فقرات) والتي تصل الرأس بعظم الورك، وتفصل بين كل فقرة وأخرى وسادة صغيرة تسمى " قرصاً" ديسك، ويعمل العمود الفقري على الإبقاء على الجسم والرأس منتصبين، كذلك فإن العمود الفقري يغلف، في قناته المركزية الفارغة (الحبل الشوكي) أو خط الإتصال الرئيسي للأعصاب التي تربط الدماغ بكل أجزاء الجسم، أما أشكال التقوس فهي:

أ- التقوس الجانبي: (سكوليوسيس- تقوس بشكل S): قد ينجم عن شلل غير متوازن في عضلات الظهر أو عن ميل الورك بسبب ساق أقصر، وأحياناً يكون السبب غير معروف.

ب- الظهر المحدودب (كيفوسيس): قد ينجم عن ضعف عضلات الظهر، وعن وضعية سيئة (وضعية انحناء حاد عند الوقوف أو الجلوس).

ج- انحناء الظهر (يوردوسيس): قد ينجم عن ضعف عضلات المعدة أو عن تقلصات الورك أو عن الطريقة التي يمشي الطفل بها تعويضاً عن ساق ضعيفة أو ورك ضعيف.

د- الانثناء الحاد أو نتوء العمود الفقري (سل العمود الفقري) ينجم عن تدمير فقرة أو أكثر نتيجة مرض السل.

- اضطرابات العمود الفقري استسقاء الحبل الشوكي سبيناً بيفيداً (Spina Bifida):

هو المسمى الفتق السحائي Meningocele أو فتق النخاع الشوكي وسحاياه (Myelomeningocele) عبارة عن خلل ينتج عن مشكلة في مرحلة النمو المبكر جداً للجنين، وهو يحصل عندما لا تنغلق بعض فقرات الظهر (العمود الفقري) على أنبوب الأعصاب المركزي (الحبل الشوكي)، ونتيجة لذلك تبقى هنالك منطقة طرية غير محمية قد تنتفخ وتبرز عبر الجلد ككيس داكن اللون، ويكون كيس الأعصاب مغطى بطبقة رقيقة جداً (غشاء) قد يرشح من خلاله سائل من الحبل الشوكي والدماغ.

إذن يقصد باضطراب العمود الفقري، ذلك الخلل الذي يصيب النمو السوي للعمود الفقري من منطقة الرأس وحتى نهاية العمود الفقري، وتبدو مظاهر ذلـك، كما يذكرها بليك ١٩٧٥ في ما يلي :

١- تباعد فقرات العمود الفقري عن بعضها.

٢- بروز نتوء من العمود الفقري المملوء بسائل النخاع الشوكي والذي لا يحتوي أنسجة عصبية وتعرف باسم سبينا بيفيديا(Spina Bifida with meningocele).

٣- بروز نتوء من العمود الفقري المملوء بسائل النخاع الشوكي والذي يحتوي أنسجة عصبية وتعرف الحالة باسم (Spina Bifida with Meningomyelocele).

وقد ترتبط حالات اضطرابات العمود الفقري بحالات أخرى مثل حالة استسقاء الدماغ والتي تمثل شكلا من أشكال الإعاقة العقلية، كما قد ترتبط بحالات التهابات الدماغ أو العمود الفقري، وتعتبر أسباب اضطرابات العمود الفقري غير معروفة.

-اصابة الحبل الشوكي: تنجم إصابات الحبل الشوكي عادة عن حادث يقطع الحبل العصبي المركزي أو يصيبه إصابة حادة في العنق أو في الظهر، كثيرة هي الحوادث التي بسبب مثل هذه الإصابة، كالسقوط عن الأشجار، وحوادث السيارات، والغطس وجراح الأسلحة النارية، وما شابه وإصابة الحبل الشوكي أكثر انتشاراً بين البالغين والأطفال الكبار ، وتكون إصابات الرجال ضعف إصابات النساء المماثلة في العديد من البلدان.

والحبل الشوكي هو خط، أو سلك الأعصاب، الذي يخرج من الدماغ وينزل داخل العمود الفقري، ومن الحبل الشوكي تتفرع الأعصاب متجهة إلى كل أنحاء الجسم، ويتم التحكم بالإحساس والحركة من خلال رسائل تنتقل جيئة وذهاباً عبر الحبل الشوكي، وعندما يصاب الحبل بأذى فإن الإحساس والحركة يتقدمان أو يتراجعان في ذلك الجزء من الجسم الواقع تحت مستوى الإصابة.

- التهاب العظام (التهاب نخاع العظم) (أوستيو ميليتيس: Osteomyellitis) :

التهاب العظام المزمن من الأمور الشائعة نسبياً في القرى التي يمشي سكانها حفاة وحيث يمكن للإصابات والأمراض أن تجعل من التهاب العظام مرضاً كثير الظهور، ويمكن لأنواع الالتهاب المختلفة أن تنجم عن الفطريات، أو عن أنواع

كثيرة مختلفة من البكتيريا، وغالباً ما تستمر حالات الالتهاب هذه لسنوات مسببة دمار العظام وإعاقة حادة.

وحالات التهاب العظام عبارة عن مضاعفات شائعة جداً للإصابات والحروق وتقرحات الضغوط (قرح الفراش) لدى الأشخاص الذين فقدوا الإحساس في أيديهم وأقدامهم، وهذا يشمل الأشخاص المصابين باستسقاء الحبل الشوكي سبيناً بيفيداً، وإصابة الحبل الشوكي والجذام، ونظراً لأن الشخص لا يشعر بالألم فإنه غالباً ما لا يريح المنطقة المصابة ولا ينظفها ولا يحميها، ونتيجة لذلك فإنها تصاب بالالتهابات، وتدريجياً تزداد الإصابة عمقاً حتى تصل إلى العظم.

- الجذام (مرض هانسن) :

ما هو الجذام؟ إنه مرض ينتقل ويتطور ببطء شديد، ويعود سببه إلى جراثيم (عصيات) تصيب أكثر ما تصيب الجلد والأعصاب، ويمكنها أن تسبب مشكلات جلدية متنوعة، وفقداناً للإحساس، وشللاً في اليدين والقدمين.

كيف يصاب الناس بالجذام؟ لا يمكن لهذا المرض أن ينتشر إلا انطلاقاً من أشخاص مصابين به ولم يعالجوه، منتقلاً فقط إلى أشخاص آخرين لديهم (مقاومة ضعيفة) للمرض، ويحتمل أن المرض ينتشر من خلال العطس والسعال أو عبر اللمس الجلدي، ولكن لمعظم الأشخاص الذين هم على اتصال مباشر مع المصابين بالجذام قدرة طبيعية على مقاومته، فإما أنهم لا يصابون على الإطلاق أو أنهم يصابون بعدوى ضئيلة لا تلحظ ثم تزول تلقائياً، ولا يظهر المرض- عموماً- إلا بعد مرور ٣ أو ٤ سنوات على أول إصابة بعدوى جرثومية، وبعد مرور كل هذا الوقت تبدأ العلامات أو الأعراض الأولى بالظهور.

والجذام ليس وراثياً، ولا يولد أطفال لأمهات المصابات به حاملين المرض، وعلى العموم فإن الأطفال الذين يعيشون على إتصال قريب بمصاب الجذام ولم يعالج منه يواجهون احتمالاً أكثر للإصابة به.

- نوبات الصرع ايبيليبسي (Epilepsy) :

نوبات الصرع تحدث نتيجة لعدم الاتزان الذي يحدث بشكل منقطع في النشاط الكهربائي لخلايا الدماغ، مثل هذه الحالة من عدم انتظام النشاط الكهربائي

يمكن أن تظهر في شكل تشنج عقلي، وفقدان الوعي لفترات تتراوح بين عدد قليل من الثوان إلى عدة دقائق، ونوبات من الضحك، وأشكال أخرى من السلوك ينظر بها عادة على أنها سلوك شاذ ناتج عن فقدان الوعي بصفة مؤقتة، صعوبة ضبط البول، خروج الزبد من الفم، صعوبة التنفس الارتعاشي، إذن هذه النوبات تكون مفاجئة وقصيرة الأمد في أغلب الأحيان، وهي عبارة عن فترات من غياب الوعي أو التغيرات التي تطرأ على الحالة العقلية، وكثيراً ما تصاحبها حركات متشنجة غريبة تنتقص انتقاصاً.

ويصاب طفل من كل ١٠ أو ٢٠ طفلاً بنوبة صرع واحدة قبل سن ١٥ سنة، ولكن واحد من خمس فقط من هؤلاء الأطفال يصل إلى حالة النوبات المزمنة (النوبات المتكررة لفترة طويلة)، وعندها تسمى هذه النوبات الصرع، وتقسم أعراض الصرع إلى نوعين رئيسين هما حالات الصرع الكبري، وحالات الصرع الصغرى، وقد تستمر حالات الصرع الكبرى لمدة تتراوح من دقيقتين إلى خمس دقائق، في حين تستمر حالات الصرع الصغرى لمدة أقل من ذلك بكثير.

تظهر حالات الصرع لدى الفرد عندما تزيد الطاقة الكهربائية في الدماغ، وذلك بسبب إصابة الدماغ أو تلفه، وقد تحدث حالات إصابة الدماغ لأكثر من سبب مثل نقص الأكسجين أو التسمم، أو صدمات الولادة أو الالتهابات.

- كساح الأطفال ريكتس (Rickets) :

عبارة عن ضعف وتشوه في العظام ناجم عن نقص فيتامين (د) ويوجد الفيتامين (د) في الحليب الكامل الدسم وفي الزبدة وصفار البيض والدهون الحيوانية والكبد، وخصوصاً في زيت السمك، كذلك فإن الجسم يقوم بصنع فيتامين (د) الخاص به عندما تسطع أشعة الشمس على الجلد، وتظهر مؤشرات بكساح الأطفال تدريجياً عند الأطفال الذين يتناولون ما يكفي من الأطعمة المحتوية على الفيتامين (د) ولا يتعرضون بما يكفي لأشعة الشمس ويكون كساح الأطفال شائعاً في بعض البلدان، وخصوصاً في المناطق الجبلية الباردة من أسيا وأميركا اللاتينية حيث يترك الأطفال الصغار في داخل البيوت، كذلك فإن كساح الأطفال أخذ في التزايد في المدن المزدحمة حيث نادراً ما يرى الأطفال أشعة الشمس.

المعالجة الخاصة بكساح الأطفال تتلخص باعطاء الطفل زيت سمك الحوت

وجعله يقضي بعضاً من الوقت في أشعة الشمس. وأفضل سبل الوقاية هي التأكد من وصول أشعة الشمس إلى جلد الطفل، وكذلك فإن الأطعمة المحتوية على الفيتامين (د) يمكن أن تساعد.

- اضطراب الجهاز الغدي - مرض السكر (Diabetes):

السكري هو حالة مزمنة من ارتفاع مستوى السكر في الدم والبول، على الرغم من أن هذا المرض يعتبر من الناحية العلمية اضطراباً جينياً أكثر منه اضطراباً غدياً، إلا أن الحالة تتضمن عملية الأيض الكربوئيدات ، تفرز غدة البنكرياس في الحالات الطبيعية هرموناً خاصاً يعرف باسم الأنسولين، وهو الهرمون الذي يستخدم لتسهيل احتراق الجلوكوز (السكر) الذي يعتبر مصدر الطاقة للأنسجة المختلفة في جسم الإنسان، إذن بسبب نقص هرمون الأنسولين والذي مهمته مساعدة خلايا الجسم على امتصاص السكر في الدم، ويترتب على ذلك صعوبة امتصاص السكر في خلايا الجسم، ومنها شبكية العين، مما يؤدي إلى فقدان البصر التدريجي كما قد يؤدي ارتفاع نسبة السكر في الدم إلى أعراض مثل الميل إلى التراخي والكسل.

- الربو(Asthma):

هو مرض مزمن يبدو في صعوبة التنفس لدى الفرد وقد يحدث ذلك نتيجة لعدد من الأسباب النفسية والفسيولوجية.

- البتر لعضو (Amputation):

ويكون خلقياً أو مكتسباً وينتج عنه العائق الحركي ويتطلب اعداد الأجهزة الملائمة للتعويض والتدريب.

- الفالج الشقي (Hemipogie):

يتمثل في إصابة الذراع والساق في نفس الجهة يكون مصدره جرحي أو من اضطراب في جريان الدم مع إمكانية اضطراب في اللفظ والكلام وعند الشباب يتسبب في هذا النوع من الإعاقة حوادث الدراجات النارية.

نسبة الإعاقة الحركية:

تختلف نسبة الإعاقة الحركية من مجتمع إلى أخر تبعاً لعدد من العوامل أهمها العوامل الوراثية ثم العوامل المتعلقة بالوعي الصحي والثقافي، والمعايير المستخدمة في تعريف كل مظهر من مظاهر الإعاقة الحركية، هذا بالإضافة إلى العوامل الطارئة

والحروب والكوارث... الخ، وفي الولايات المتحدة الأمريكية يقدر مكتب التربية نسبة الأطفال ذوي الاضطرابات الحركية بحوالي (٠,٥٪)، حيث تشكل نسبة الأطفال المعاقين بالشلل الدماغي أعلى نسبة الأطفال ذوي الاضطرابات الحركية.

قياس وتشخيص الإعاقة الحركية:

أشارت بجي Bigge (١٩٨٢) إلى ضرورة تقييم الجوانب التالية لدى المعوق حركياً:

١- المهارات الأكاديمية الأساسية.
٢- التحصيل الأكاديمي.
٣- المهارات الإدراكية.
٤- التطور المعرفي.
٥- التطور اللغوي ومهارات الاتصال.
٦- المهارات الشخصية والاجتماعية.
٧- السلوك التكيفي الجسدي.
٨- الاهتمامات والقدرات.
٩- المهارات الوظيفية.

وقد أوضحت (بجي) أيضاً بأنه يجب الحذر واليقظة عند تفسير الاختبارات التي طبقت على هذه الفئات من المعوقين، فالمشكلات الحركية المحدودة قد قللت من خبرات هؤلاء الأطفال ولذلك فإنه من السهولة التقليل من قدراتهم، ويذكر بليك (١٩٨١) الفاحصين بأن هؤلاء الأطفال قد يعانون من التوتر والإحباط مما يمنعهم من إظهار مهاراتهم على أحسن وجه.

ويتم التعرف إلى الأطفال المعاقين حركياً من قبل فريق من الأطباء المختصين بالأطفال، بحيث تكون مهمة هذا الفريق قياس وتشخيص حالات الأطفال ذوي الاضطرابات الحركية خلال الفحوصات الطبية اللازمة، والتي تشمل دراسة العوامل الوراثية والبيئية، ومظاهر النّمو الحركي، ومن ثم تقديم العلاج المناسب، وقد يساهم طبيب الأعصاب في قياس وتشخيص مظاهر الاضطرابات الحركية.

الخصائص السلوكية والتعليمية للأطفال المعاقين حركياً:

قد يعاني الطلاب المصنفين ضمن هذه الفئات من مستويات متدنية في

الطاقة، ويرجع ذلك إلى مشكلات متعددة بحيث تكون قدرتهم على الحركة والتوازن محدودة بدرجة شديدة وقد يكونوا غير قادرين على الاتصال بوضوح مع غيرهم بواسطة الكلام وبدلاً من ذلك يعتمدون على كلمات محدودة مثل (نعم، لا) أو لغة الإشارة أو لوحة الاتصال، وبالرغم من كون بعض هؤلاء الأطفال غير متخلفين عقلياً إلا أنهم يبدون كذلك، وقد تؤدي قدرتهم الحركية وخبراتهم المحدودة إلى نقص التطور اللغوي والمهارات الاجتماعية، وقد يفقد الطفل الخبرات التعليمية أثناء تلقيه العلاج الطبي، وبشكل عام فإن هناك حاجة زائدة للتدريب على المهارات الذاتية بدلاً من المهارات الأكاديمية.

وقد تكون نشاطات بعض الأطفال محدودة وذلك بسبب الإصابة أو الحالة المرضية الشديدة التي يعاني منها الطفل مثل مرض عدم تجلط الدم (الهيموفيليا). وقد يكون الطفل في معاناة دائمة من الالام بشكل يجعله يعتمد على غيره، هذا وتحول الخبرات والأنشطة المحدودة لدى المعوقين حركياً دون تطوير المهارات الاجتماعية الكافية وكذلك قد تحول قدراتهم المحدودة استخدام التمرينات كوسيلة للإسترخاء.

إذن تتعدد مظاهر الإعاقة الحركية، كما قد تختلف درجة كل مظهر من مظاهرها، وقد يكوم ذلك التعدد في النوع والدرجة مبرراً كافياً لصعوبة الحديث عن الخصائص السلوكية للمعوقين حركياً، إذن تختلف خصائص كل مظهر من مظاهر الإعاقة الحركية عن المظاهر الأخرى.

الخصائص السلوكية للمصابين بالشلل الدماغي:

الإصابة بهذا النوع من الإعاقة تنتج عنها إعاقات إضافية مرتبطة بالشلل الدماغي مثل الإعاقات البصرية والإعاقات السمعية، كذلك عيوب النطق والكلام واللغة بالإضافة إلى الاضطرابات الإدراكية، وينشأ عن ذلك عند الطفل مثلاً صعوبات وعدم انتظام الكتابة والقراءة كذلك تظهر حالات التغلب في الحالة المزاجية وقصر فترة تركيز الانتباه والنشاط بالإضافة إلى أن شعور المصاب بإتجاهات الرفض من قبل الآخرين المحيطين به يترتب عليه سلوك الخجل وميل المصاب إلى الإمتناع عن الإتصال بالآخرين.

ومن الأمور الهامة أن يتفهم الأباء والمعلمون بواقعية ظروف الطفل المصاب.

- **الخصائص السلوكية للمصابين بالصرع:**

بالإضافة إلى المظاهر الجسمية لنوبات الصرع والتي تظهر على المصاب هناك أيضاً نوبات سيكولوجيه واجتماعية وانفعالية يواجهها أيضاً مما تجعله في موقف عدم التوافق ومسايرة بعض معايير المجتمع بسبب طبيعة نوبات الصرع هذا من جهة ومن جهة أخرى نجد أن الأشخاص الذين يعانون نوبات الصرع نجدهم شديدي الاعتماد على الأشخاص الذين يقدمون لهم العلاج والعون والمساعدة وهذا يولد لديهم قلقاً ناتجاً عن الشعور بالحاجة الإضافية إلى عدم الطمأنينة في الشك في ضبط النوبة، كذلك نجد أن أولئك المصابين لديهم شعور بالشك ناتج عن الشك تجاه قدراتهم الذاتية نتيجة لتعرضهم لكثير من مواقف الإحباط مما يولد لديهم حب العزلة والامتناع عن مخالطة الآخرين...

- **الخصائص السلوكية للمصابين بالحمى الروماتيزمية:**

عندما تتطلب الحالة المرضية عند الطفل علاجاً لفترات طويلة، يجد الطفل صعوبة في تفهم الأسباب وراء القيود المفروضة على حركته ونشاطه، من المهم هنا مساعدة الطفل على التحقق من أن المدرسة والوالدان لا يحاولون فرض قيود زائدة على الطفل، أو أن هذه القيود تحمل معنى العقاب للطفل.

ويبدو الأثر الواضح لفرض القيود على حركة الطفل في تقوية الميول العدوانية، ومشاعر القلق، والانخفاض تقدير الذات واحترامها، وعدم الاحساس بالأمن والطمأنينة، الأطفال الذين يستجيبون بطريقة سلبية لهذا الموقف يتقبلون القيود المفروضة عليهم وينصاعون إليها، إلا أن أطفالاً آخرين يتميزون بمقاومة هذه القيود ويرفضون الرضوخ لها.

وبشكل عام يصعب على الأطفال ذوي الشلل الدماغي وذوي الاضطرابات في العمود الفقري، أو ضمور العضلات أو التصلب المتعدد اتقان المهارات الأساسية في القراءة والكتابة في حين قد يكون ذلك ممكناً بالنسبة للأطفال المصابين بالصرع، أو شلل الأطفال، ويعتمد الأمر على مدى درجة الإعاقة في حالات الصرع، وشلل الأطفال، وتوفر الفرص التربوية المناسبة.

أما الخصائص الشخصية للمعوقين حركياً، فتختلف تبعاً لاختلاف مظاهر

الإعاقة الحركية ودرجتها، وقد تكون مشاعر القلق، والخوف، والرفض والعدوانية، والانّطوائية، من المشاعر المميزة لسلوك الأطفال ذوي الاضطرابات الحركية، وتتأثر مثل تلك الخصائص السلوكية الشخصية بمواقف الآخرين وردود فعلهم نحو مظاهر الاضطرابات الحركية.

الخصائص التعليمية للأطفال المعوقين حركياً:

قد تفرض الإعاقة الحركية قيوداً على مشاركة الطفل في النشاطات الدراسية، وبدون تكييف الوسائل والأدوات التعليمية وتعديل البيئة المدرسية والصفية قد تحول الحواجز المادية والنفسية المرتبطة بها دون فرص التعلم المناسبة لهؤلاء الأطفال مما ينعكس سلباً على أدائهم.

علاوة على ذلك فإن عدداً كبيراً من الأطفال المعوقين حركياً يتناولون عقاقير طبية لمعالجة مشكلاتهم وهذه العقاقير ليست بدون تأثير على سلوك الشخص وبالتالي تعلمه، فبعض العقاقير لها نتائج جانبية سلبية مثل النشاط الزائد، انخفاض مستوى الانتباه، الارتباك، الاكتئاب وما إلى ذلك وقد يتأثر الأداء الأكاديمي للأطفال المعاقين حركياً أيضاً بفعل المشكلات النفسية والسلوكية التي تنتج عن الإعاقة الحركية أحياناً، فبعض الإعاقات الحركية (كالصرع مثلاً) ترتبط باضطرابات نفسية كالاكتئاب، والقلق، والعدوانية، وتغير المزاج، كذلك فإن ردود فعل الأسرة والأشخاص الآخرين المهمين في حياة الطفل المعوق قد تقوده إلى الإعتمادية وقد تؤثر بشكل كبير على مفهوم الذات لديه.

الفروق الفردية التي يجب مراعاتها عند تصميم البرامج التربوية الخاصة بالمعوقين حركياً:

نتج عن تعدد أنواع الإعاقات الحركية والصحية وتشعبها أن تعددت الفروق بين المعاقين حركياً وصحياً، وفيما يلي عرض لأهم هذه الفروق:

١- تظهر إعاقة بعض الأفراد الذين يعانون من إعاقات جسمية أو صحية بشكل واضح للعيان، كما في حالات البتر أو فقدان الأطراف، أو حالات الشلل الارتعاشي في حين أن منهم من لا يمكن التعرف على إعاقته عن طريق الملاحظة العابرة مثل المصابين ببعض الأمراض الجسمية كالبول السكري والنزف أو نوبة الصرع الخفيفة، أو النوبة النفس حركية.

٢- من المعاقين حركياً من لا تجدي معه الأجهزة التعويضية المساعدة على المشي والحركة والاعتماد على النفس في التنقل مثل حالات الضمور العضلي أو حالات الشلل الإرتعاشي....

٣- من الأفراد الذين يعانون من شلل (Paralysis) من يكون شللهم جزئياً بحيث يتمكنون من القيام بأداء بعض المهام بأنفسهم، ومنهم ممن يعانون من شلل كامل بحيث يفقدون القدرة على الحركة تماماً.

٤- بعض الذين يعانون من الشلل الدماغي يعانون من عدم التناسق الحركي المصاحب بقصور في الحواس، ومنهم من يصاحب قصوره الحركي اضطرابات في الكلام، ومنهم من يكون قصوره الحركي مصاحباً بتخلف عقلي وقد وجد أن ٥٠٪ من حالات الشلل الدماغي يظهر عليها تخلف عقلي بنسبة ذكاء أقل من ٧٠ درجة.

٥- بعض الذين يعانون من إعاقات حركية يمكنهم استخدام أيديهم في الكتابة والإشارة والقبض على الأشياء، والبعض الآخر لا يستطيع استخدام يديه لهذا الغرض ولهذا فقد يستخدم رأسه أو فمه عوضاً عن يديه.

٦- من الإعاقات الحركية ما يمكن تصحيحها جراحياً كما في حالة القدم الحنفاء (المشوهة) ولادية، كما أن منها من لا تصلح معه الأجهزة التعويضية كبعض حالات الشلل، ومنها من لا تصلح الجراحة ولا حتى الأجهزة التعويضية.

البرامج التربوية للمعوقين حركياً:

بالرغم من اختلاف البرامج التربوية المناسبة للأطفال المعوقين حركياً حسب نوع الإعاقة ودرجتها، فيمكن أن نميز البرامج التربوية التالية للمعوقين حركياً:

١- مراكز الإقامة الكاملة: وتناسب مثل هذه المراكز الأطفال ذوي الشلل الدماغي، واضطرابات العمود الفقري، ووهن العضلات والتصلب المتعدد، وقد تأخذ مراكز الإقامة الكاملة بالنسبة لهذه الحالات شكل الأقسام الملحقة بالمستشفيات، حيث يقيم الأطفال ذوي الاضطرابات الحركية في تلك الأقسام، بحيث تقدم لهم الرعاية الطبية والتربوية المناسبة.

٢- مراكز التربية الخاصة النهارية: وتناسب مثل هذه المراكز الأطفال ذوي الشلل الدماغي، وخاصة الحالات المصاحبة لمظاهر الإعاقة العقلية، حيث يتلقى الأطفال

في هذه المراكز النهارية برامج علاجية كالعلاج الطبيعي وبرامج تربوية تتناسب ودرجة الإصابة بالشلل الدماغي ودرجة الإعاقة العقلية كمهارات الحياة اليومية والمهارات الأساسية اللغوية.

٣- **برامج الدمج الأكاديمي:** تناسب هذه البرامج الأطفال المصابين بشلل الأطفال أو الصرع، أو السكري، أو التهاب المفاصل، أو السل، أو الربو، وقد تأخذ برامج الدمج شكل الصفوف الخاصة الملحقة بالمدرسة العادية أو الدمج الأكاديمي الكامل في الصفوف العادية، ومن المناسب أن تعمل المدارس على إجراء بعض التعديلات في البناء المدرسي وذلك لتناسب مثل هذه التعديلات الطلبة الذين يستخدمون الكراسي المتحركة وتتضمن تلك التعديلات الممرات الخاصة وإزالة العوائق البنائية.

على أية حال، فإن معظم الأطفال المعاقين حركياً يتعلمون في المدارس العادية، أما إذا كان مستوى الإعاقة شديداً، فقد يكون هناك حاجة إلى وضع الطفل في صف خاص أو مدرسة للتربية الخاصة، فالتغيب المتكرر والطويل عن المدرسة وحاجة الطفل إلى الرعاية الطبية المستمرة، والقيود الشديدة التي تفرضها بعض الإعاقات على نشاطات الطفل وتفاعله مع البيئة، كل ذلك قد يكون له عواقب على النمو وعلى التحصيل أيضاً وأكد هيل على أن الأطفال المعاقين حركياً في إنجلترا وويلز غالباً ما يتأخرون في الدراسة عن زملائهم مدة تتراوح بين سنة ونصف وسنتين.

وقد يكون من المناسب عند الحديث عن البرامج العلاجية والتربوية للمعوقين حركياً الإشارة إلى برامج التأهيل وأهميتها لدى المعوقين حركياً، سواء أكانت تلك البرامج في مراكز التربية الخاصة أو الأقسام الملحقة بالمستشفيات أو مراكز التدريب، ويقصد ببرامج التأهيل، تلك البرامج التي تعمل على تنمية ومساعدة المعاق على النمو إلى أقصى حد ممكن من النواحي الجسمية والعقلية والتربوية والمهنية، وتتضمن برامج التأهيل البرامج التالية:

١- **التأهيل الطبي** (Medical Rehabilitation) : ويقصد بذلك تأهيل المعاق حركياً من الناحية الجسمية، وذلك من خلال تزويد المعاق حركياً بالأطراف الصناعية المناسبة، إذ استخدام العلاج الطبيعي (Physical Therapy) والذي يعني استخدام المساج والتدليك، والعلاج بالماء لبعض حالات الإعاقة الحركية.

٢- **التاهيل المهني (Vocational Rehabilitation) :** ويقصد بذلك تأهيل المعاق حركياً من الناحية المهنية، وذلك من خلال تدريبه على مهنة ما ثم العمل على إيجاد فرص العمل المناسبة له.

٣- **التاهيل الاجتماعي (Social Rehabilitation) :** يقصد بذلك تأهيل المعاق حركياً من الناحية الاجتماعية، وذلك من خلال مساعدته على التكيف الاجتماعي، ويعتبر العلاج بالعمل من البرامج الاجتماعية التي تعمل على تنمية ما تبقى لدى الفرد من قدرات عقلية وجسمية تمكنه من القيام بعمل ما، وبالتالي مساعدته في عملية التكيف الاجتماعي.

حيث يوجد للمعوقين جزئياً أنواع مختلفة من مراكز التدريب والتأهيل المهني والإعداد للوظائف والتكيف الاجتماعي فهناك مثلاً مدارس فنية ومهنية متخصصة وتعلم حرفي في المصانع والمؤسسات الإنتاجية المحمية، أي التي تتوافر فيها الشروط المناسبة للمعوقين حركياً.

مناهج المعوقين حركيا وجسميا وصحيا واستراتيجياتها :

تتباين درجة الإعاقة الحركية والجسدية والصحية من البسيطة إلى المتوسطة إلى الشديدة، وقد تدرس مناهج المدرسة العادية للأطفال المعوقين حركيا وجسدياً وصحياً إذا كانت قدرتهم العقلية تمكنهم من ذلك، وإلا فقد تكيف أو تعدل أو تبسط المناهج العادية للأطفال المعوقين حركيا وجسدياً وصحياً كل حسب درجته وعلى ذلك فقد يكون من المناسب لمعلم الأطفال المعاقين حركيا معرفة كيفية بناء وتطبيق مناهج هذه الفئة، وخاصة منهاج المهارات الحركية الذي يعتبر الأساس في بناء الفرد من النواحي العقلية والانفعالية والاجتماعية.

وتشكل المهارات الحركية والرياضية للأفراد العاديين، وغير العاديين، وخاصة للمعوقين عقليا، أساساً جيداً لبناء العديد من مهارات الحياة اليومية والاجتماعية، والأكاديمية والمهنية، ومن هنا جاءت أهمية التعرف إلى المهارات الحركية والرياضية وقياسها وتدريسها.

تنقسم المهارات الحركية والرياضية إلى قسمين رئيسيين، الأول ويسمى بالمهارات الحركية العامة، أما الثاني فيسمى بالمهارات الحركية الدقيقة أو الخاصة

وتشكل المهارات الحركية والرياضية أحد الأبعاد الرئيسية في مناهج الأطفال غير العاديين، والتي تتضمن الأبعاد التالية : المهارات الاستقلالية، والمهارات الحركية، والمهارات اللغوية، والمهارات الأكاديمية، ومهارات التهيئة والمهارات المهنية، والمهارات الاجتماعية ومهارات السلامة.

محتوى مناهج المهارات الحركية للمعوقين حركياً وتدريسها وتقويمها :

يتضمن منهاج المهارات الحركية والرياضية للأطفال غير العاديين أربعة عشر بعداً فرعياً، تشكل في مجموعها منهاج المهارات الحركية والرياضية للأطفال غير العاديين، وهذه الأبعاد الأربعة عشرة هي :

١- البعد الأول : مهارات التحكم بحركة الرأس،وقد غطى هذا البعد ثمان أهداف تعليمية.

٢- البعد الثاني : مهارات الاستلقاء/الاستدارة/تغيير وضع الجسم، وقد غطى هذا البعد بأربعة أهداف تعليمية.

٣- البعد الثالث : مهارات الدحرجة/الزحف/الحبو، وقد غطى هذا البعد بثلاثة أهداف تعليمية.

٤- البعد الرابع : مهارات الجلوس، وقد غطي هذا البعد بخمسة أهداف تعليمية.

٥- البعد الخامس : مهارات الوقوف، وقد غطى هذا البعد بأحد عشر هدفاً تعليمياً.

٦- البعد السادس : مهارات المشي، وقد غطي هذا البعد بسبعة أهداف تعليمية.

٧- البعد السابع : مهارات الهرولة/الركض/الجري، وقد غطي هذا البعد بسبعة أهداف تعليمية.

٨- البعد الثامن : مهارات الوثب، وقد غطى هذا البعد بستة أهداف تعليمية.

٩- البعد التاسع : مهارات الحجل، وقد غطى هذا البعد بثلاثة أهداف تعليمية.

١٠- البعد العاشر : التقاط الكرة، وقد غطي هذا البعد بسبعة أهداف تعليمية.

١١- البعد الحادي عشر : رمي الكرة، وقد غطي هذا البعد بأحد عشر هدفا تعليمياً.

١٢- البعد الثاني عشر : مهارات ركل الكرة، وقد غطي هذا البعد بثمانية أهداف تعليمية.

١٣- البعد الثالث عشر : استخدام مضرب التنس، وقد غطي هذا البعد بأربعة أهداف تعليمية.

١٤- البعد الرابع عشر : مهارات السباحة،وقد غطي هذا البعد بسبعة عشر هدفاً تعليمياً.

تعديل المدرسة :

إن الترتيبات والتعديلات المساعدة تساهم بشكل فعال في تسهيل ونجاح العملية التربوية للمعوقين حركياً، بحيث تساهم بالتغلب على بعض الصعوبات سواء من ناحية المهارات الكتابية أو القراءة وكذلك لا يغيب عن بالنا الحواجز التي قد تحول دون توفير الفرص المادية لغير المعوقين، لهذا لا بد لنا من تدبر العوامل الفيزيائية سواء في المدرسة أو الصف لتضمن نجاح العمل التربوي مع المعوقين حركياً.

عند ترتيب غرفة الصف لا بد من الأخذ بعين الاعتبار عدداً من الاعتبارات منها:

١- ما هو نوع الغرفة الموجود لديك؟ هل هي كبيرة أم صغيرة أم مستطيلة....

٢- ما هو نوع الأثاث الموجود لديك في الغرفة؟

٣- ما هو نوع الطلاب الموجودين في الصف؟

وبذا يجب مراعاة وجود مساحات مقبولة في الغرفة لإمكانية مرونة الحركة للتجهيزات لذا لا بد من مراعاة الاعتبارات التالية عند تصميم غرفة تكون مرتبة بالشكل التالي:

١- بحيث تسمح للغالبية باستخدام الفراغات المتوفرة بالغرفة.

٢- بحيث تعمل على زيادة الخبرات المتنوعة من الطلاب.

٣- بحيث تسمح للطلاب بالانتقال من نشاط إلى الذي يليه بحرية.

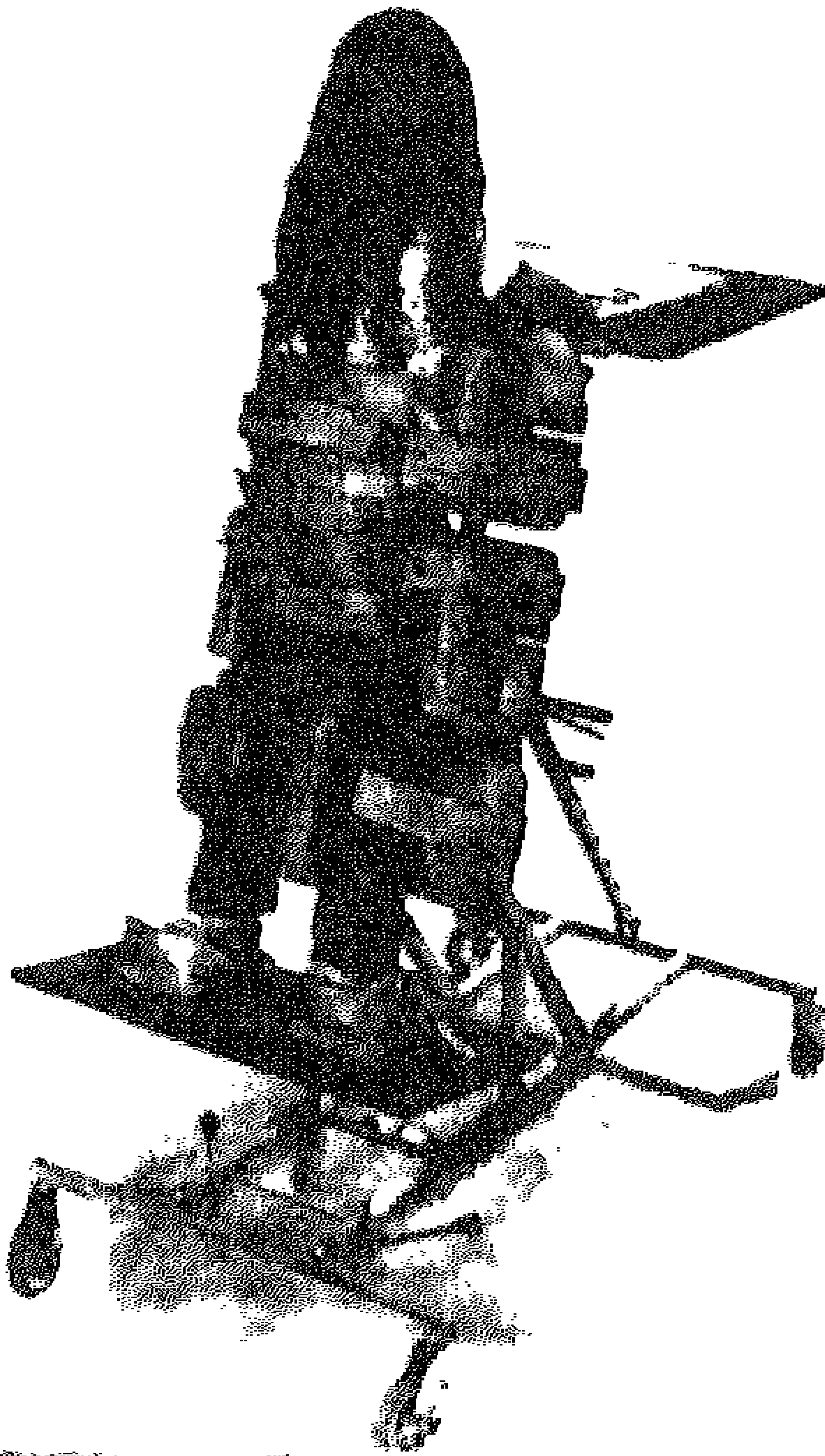
- تكييف غرفة الصف :

يمكن مراعاة الأمور التالية عند اعتماد المقاعد الملائمة للمعاقين حركياً:

١- يجب أن تكون هناك مسافة بين سطوح المقاعد وركبة الطالب تقدر من ٣ سم أو ٤سم.

٢- تكييف ارتفاع المقعد بما يناسب الطلاب الذين يستخدمون الكراسي المتحركة.

٣- يمكن أن تكون سطوح المقاعد بحيث تمنع الإنزلاق لمساعدة الطلاب الذين يظهرون اختلافاً وصعوبة في التآزر الحركي البصري الدقيق وسيطرة محدودة على الذراعين



ويمكــن أن يكــون هنــاك بدائــل للمقــاعد والطاولات بحيث تصمم هـذه البدائل بشكل يناسب الطلبة الذين لا يستطيعون الجلوس وكذلك من البدائل ما يمكنها أن تساعد الطالب بالعمل وهو بوضع الجلوس أو الوقوف المدعوم.

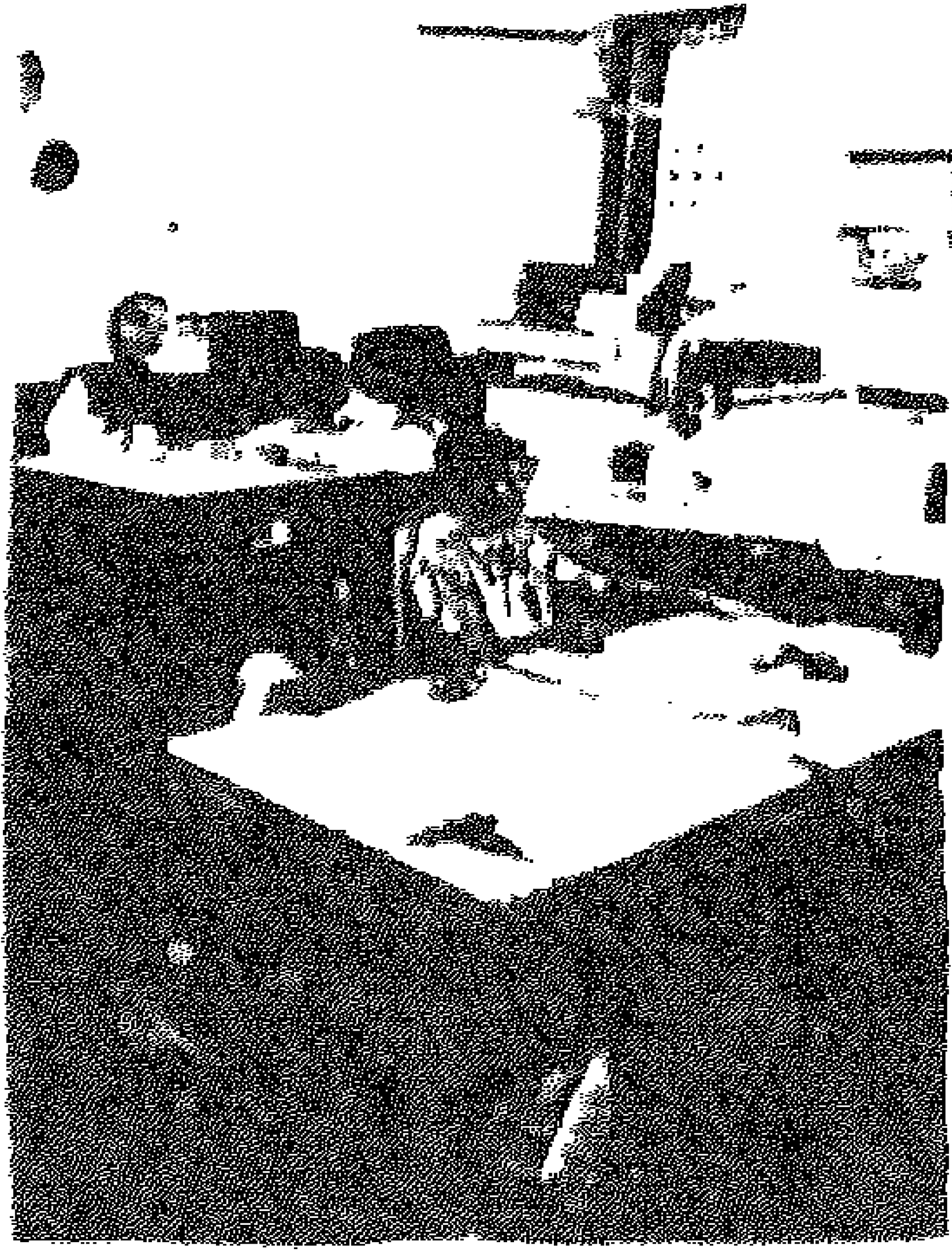
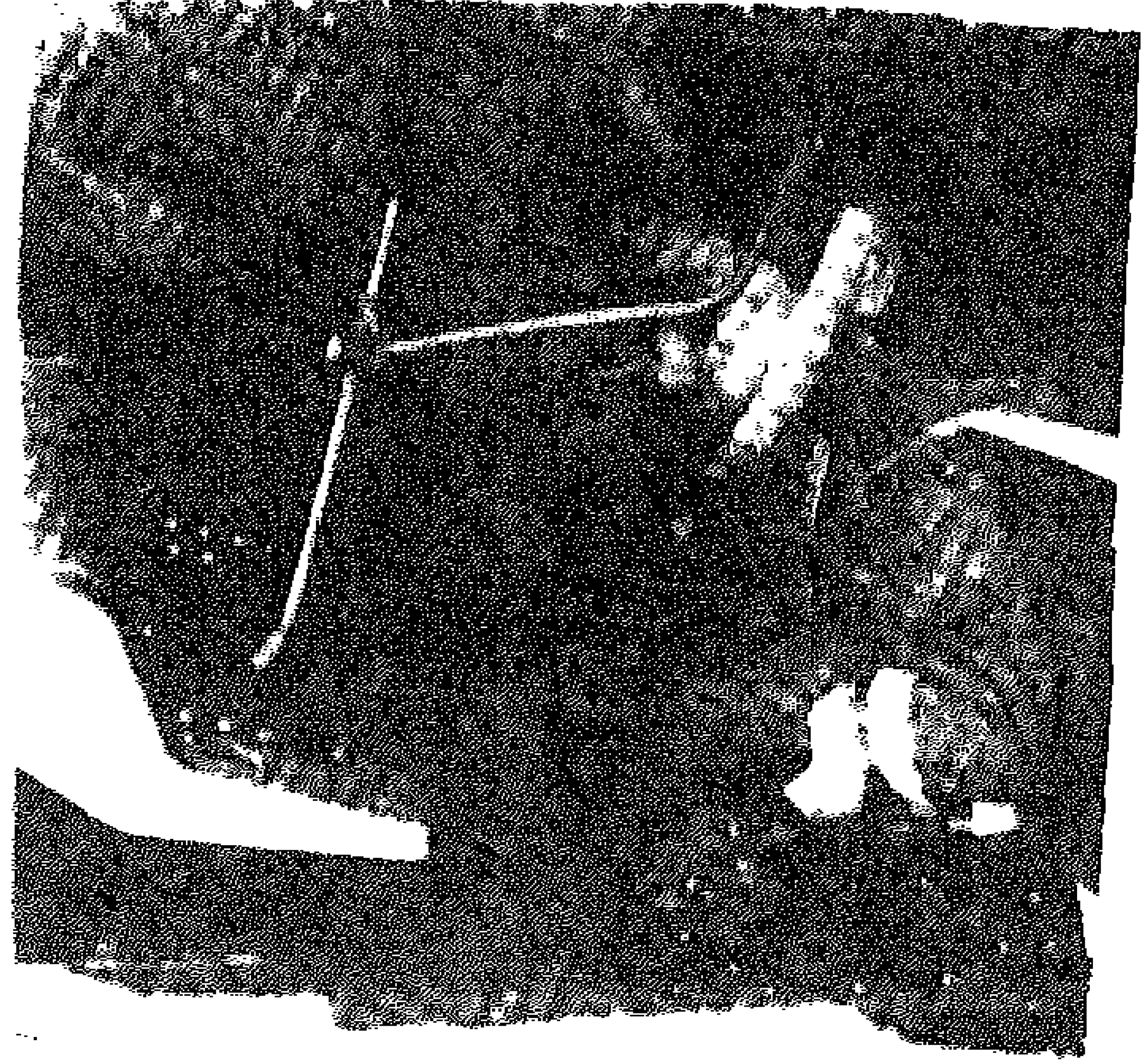
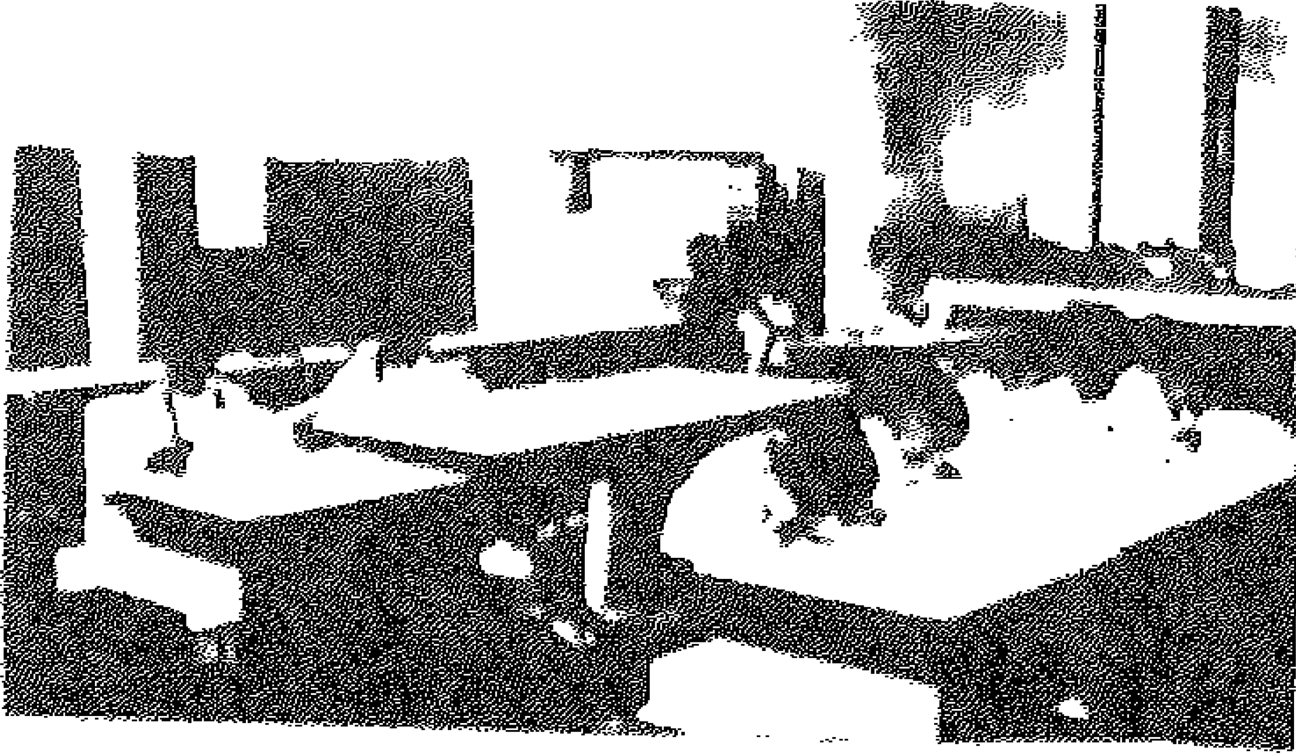
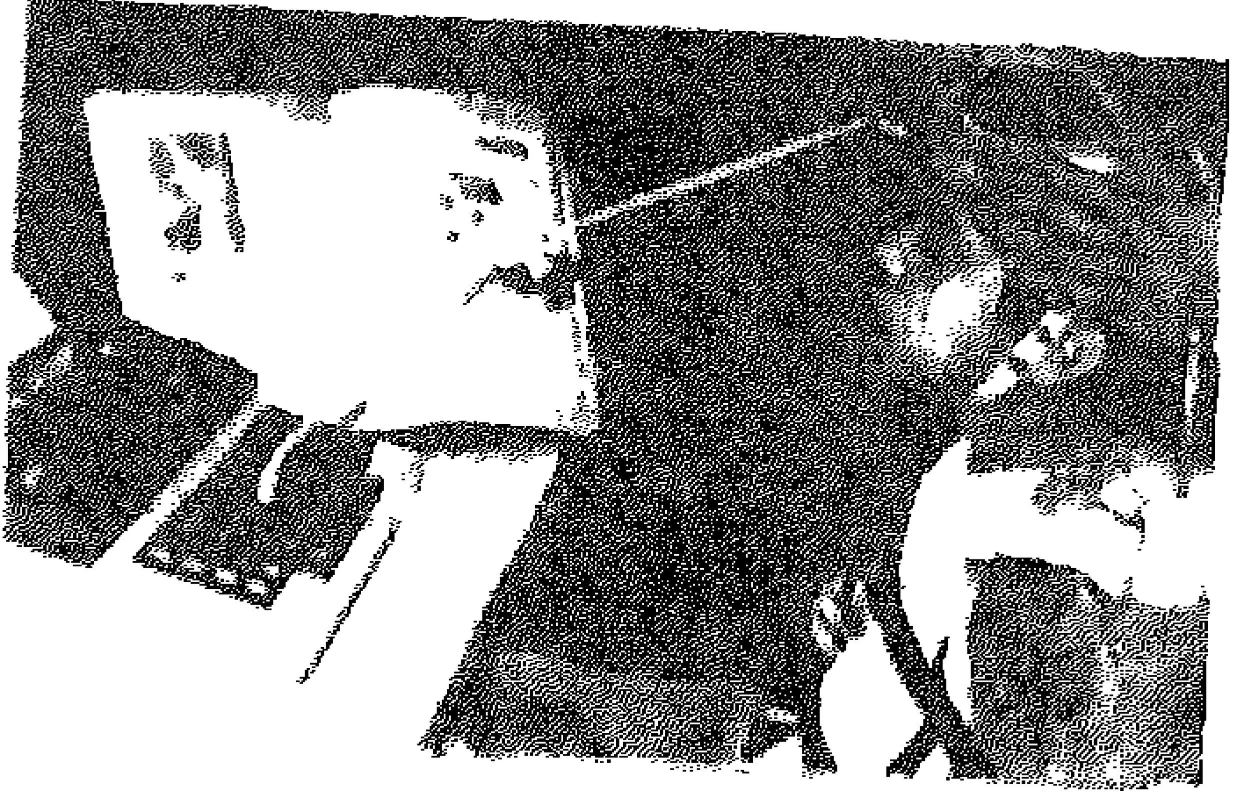
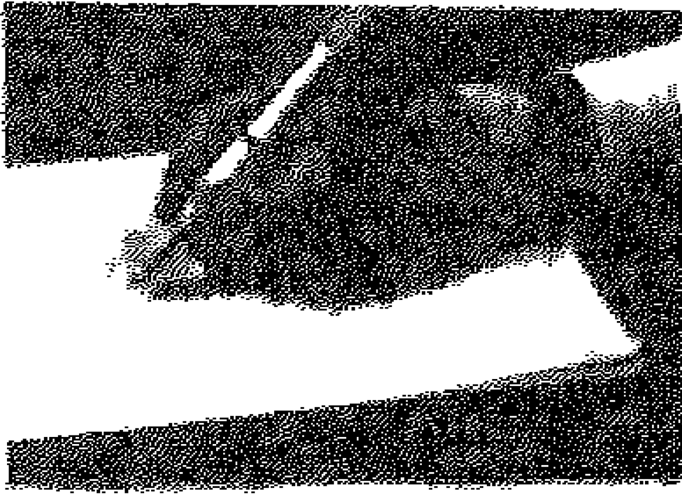
كيفية تعامل معلمة رياض الأطفال مع الطفل المعاق حركياً:



يتضمن تقديم الخدمات النفسية المتخصصة وتحسين مستوى التوافق الشخصي والاجتماعي، وتنمية المواهب مثل الموسيقى والرسم....الخ، وتصحيح مفهوم الذات وفكرة الطفل المعوق عن نفسه واتجاهاته نحو عاهاته، والتوافق معها حتى لا تزداد حالته سوءاً وتجعل العائق مضاعفاً والعلاج بالنشاط لتنفيس الانفعال، وتشجيع الطفل المعوق على الاستقلال، والاكتفاء الذاتي حتى لا يشعر المعوق باعتماده الكامل على الآخرين، والقلق والتهديد عندما يتركونه، مع تجنب المواقف المحيطة بقدر الإمكان ولكن بدون الحماية الزائدة، واشعار الطفل المعوق بأهمية الجماعة حتى يرى أنه ليس عبئاً ثقيلاً، وحتى ينمو لديه اتجاه سليم نحو نفسه ونحو الآخرين، وتوفير الجو الانفعالي المتقبل للطفل المعوق.

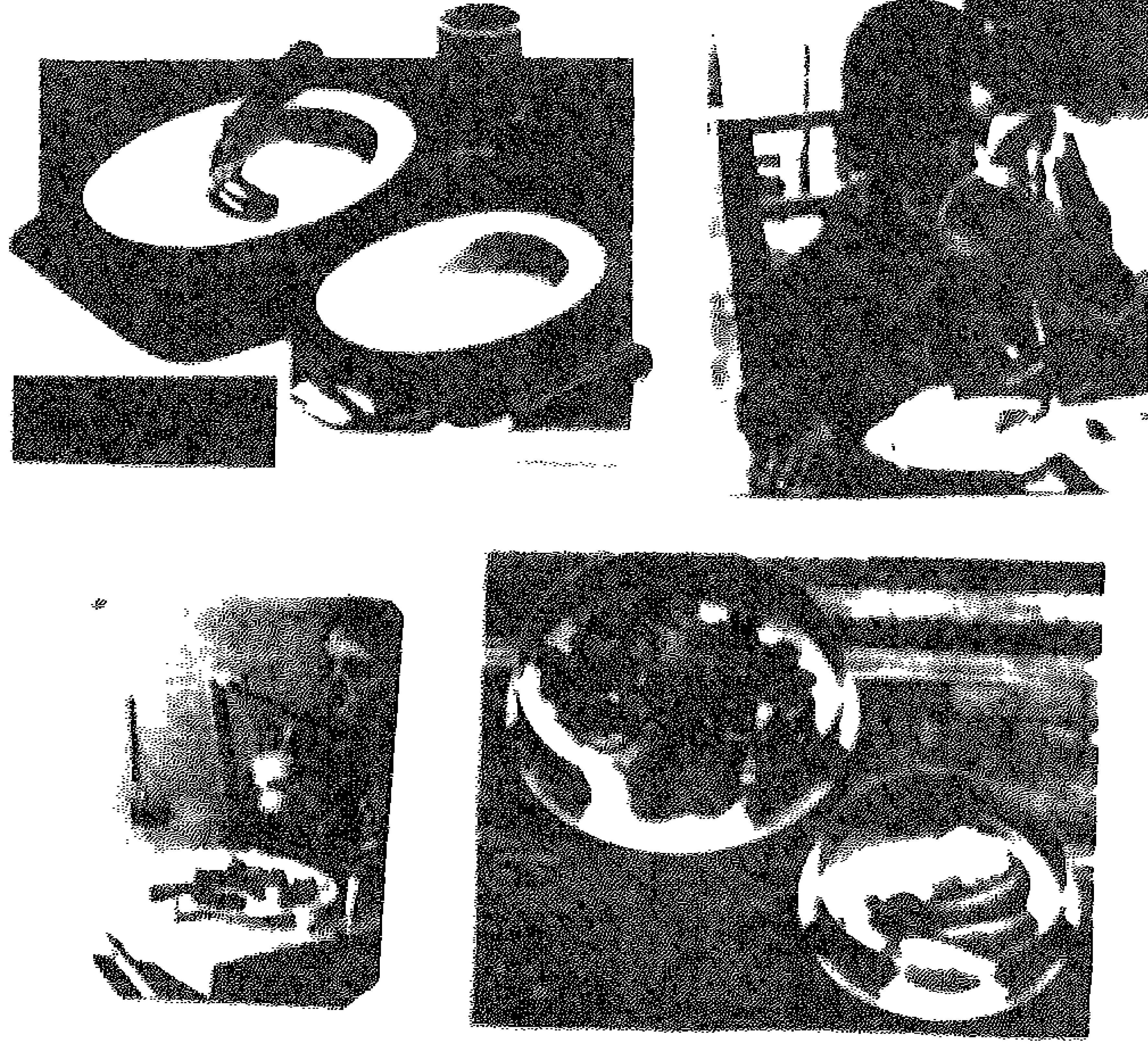


ويجب أن نلاحظ أن تقبل الطفل المعوق + الإحالة للمختصين + العلاج المناسب - النجاح.

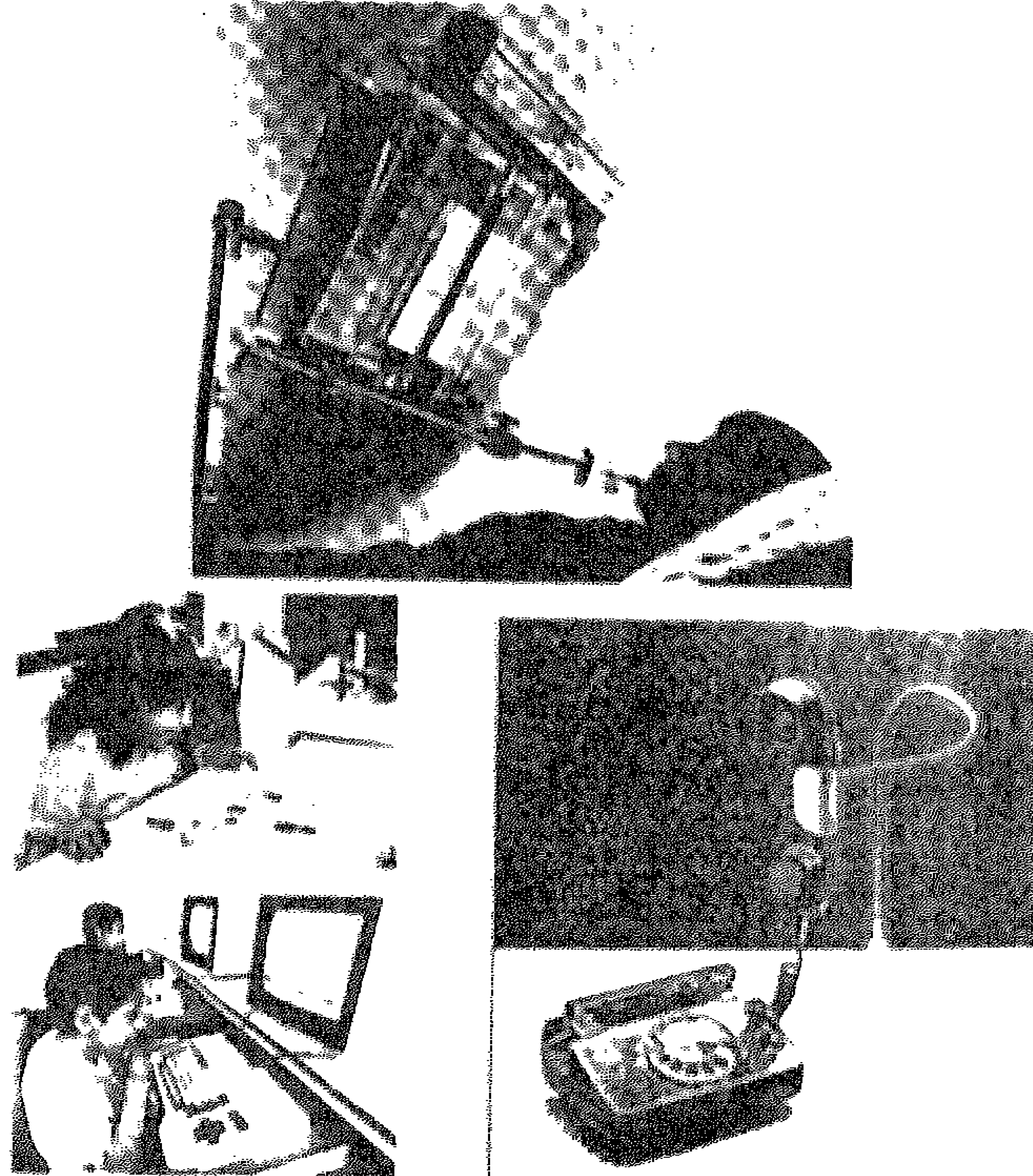








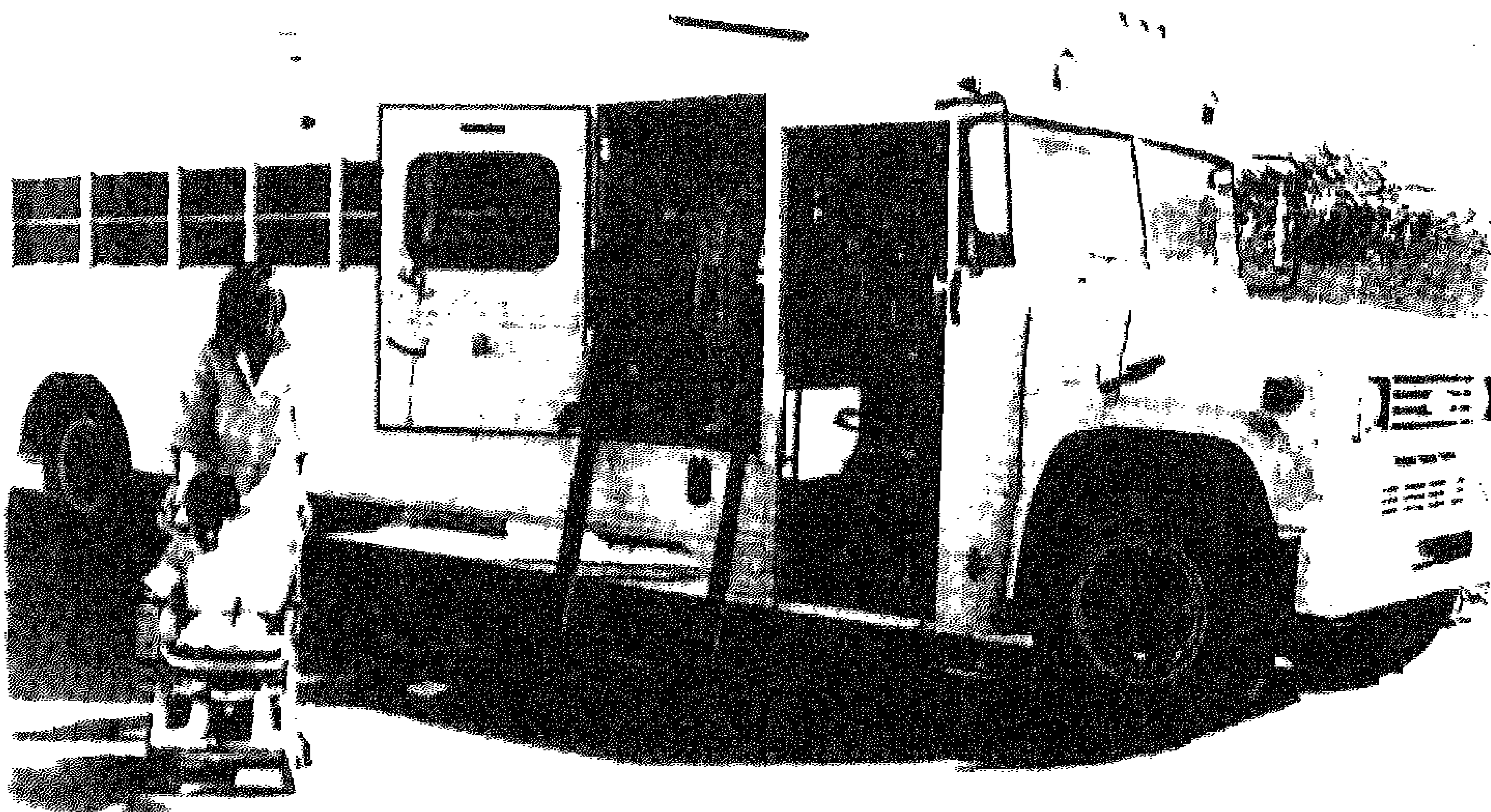
تكييف البيئة الصفية والمقاعد وإضافة بعض الأدوات للمساعدة في الكتابة والاعتماد على الذات



تكييف أدوات الطعام لتأدية مهارات العناية بالذات (تناول الطعام والشراب)



أدوات الصف





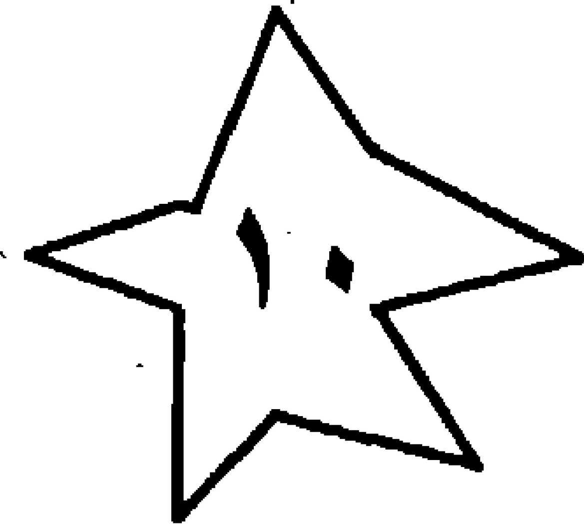


تكييف المواصلات لتتناسب مع حركة المعوقين حركياً

الفصل العاشر

اتجاهات معاصرة في التربية الخاصة

- التقييم والتشخيص.
- الاتجاهات.
- التدخل المبكر.
- التأهيل الشامل.
- المدارس الشاملة والدمج.
- التشريعات والقوانين.
- إدارة مؤسسات وصفوف التربية الخاصة.
- الارشاد والتدريب الأسري.



الفصل العاشر

اتجاهات معاصرة في التربية الخاصة

١- التقييم والتشخيص :

إن نعت الطفل بالإعاقة يؤثر بدرجة شديدة عليه وكذلك على والديه وعلى المجتمع الذي يعيش فيه، وفي الواقع فإن الحكم على الطالب فيما إذا كان معوقاً أم لا يعتبر عملاً خطيراً، وتعتبر مسؤولية إعطاء هذا الحكم أمراً مرعباً أيضاً، ويمكن الحكم على إعاقة الطالب فقط بعد الدراسة الدقيقة للمعلومات التي يتم الحصول عليها من التقويم التربوي الشامل له، وقد صمم التقويم التربوي لكي يسمح للأخصائيين :

١- الحكم فيما إذا كان الطالب معوقاً أم لا، وإذا كان الحال كذلك فإن التقويم يسمح.

٢- بتحديد طبيعة البرمجة التربوية الخاصة ومدى مناسبتها للطالب.

يعتبر موضوع القياس والتشخيص في التربية وعلم النفس بشكل عام، وفي التربية الخاصة، بشكل خاص، حجر الزاوية الأساسي في التعرف على فئات الأطفال غير العاديين، وتشخيصها، وبدون توافر أدوات القياس والتشخيص المناسبة لكل فئة، فإنه يصعب على واضع البرامج التربوية أن يحول تلك الفئات إلى المكان المناسب لها، وإن يصمم البرامج التربوية المناسبة له ومن ثم تقيمها لتعرف على مدى فعاليتها.

ويستخدم الأخصائي في القياس والتشخيص مصطلحات شائعة في هذا المجال مثل مصطلح القياس **Assesmend and Measurement** ومصطلح أداة القياس أو الاختبار **Checklist**، **Scale**، **Test** ومصطلح التقويم **Evaluation** أو تشخيص **Diagnosis** كما يستخدم أخصائي التربية الخاصة مثل تلك المصطلحات بمفهومها الدقيق في تعامله مع الأطفال غير العاديين بشكل خاص ووصف مظاهر سلوكهم.

مفهوم القياس :

ظهرت تعريفات وتفسيرات متعددة لمفهوم القياس، أو عملية القياس ولكنها تجمع في الغالب على تمثيل الصفة أو موضوع القياس بطريقة كمية أو رقمية، وعلى ذلك يعرف مهرنز ١٩٧٥ عملية القياس على أنها تلك العملية التي تمكن الإخصائي من الحصول على معلومات كمية عن ظاهرة ما، ويؤكد ذلك كل من جلفورد ١٩٥٤ وكيرلنجر ١٩٧٣ وهوبكنز وستانلي ١٩٨١، وفي التربية الخاصة أمثلة كثيرة تعبر عن مفهوم عملية القياس وتمثيلها للصفات أو الظواهر موضوع القياس بمعلومات كمية أو رقمية، فمثلا يعبر عن القدرة العقلية بنسبة لذكاء ٩٠ أو ١١٠، كما يعبر عن القدرة البصرية بنسبة تمثل القدرة البصرية مثل ٢٠/٢٠٠ أو ٦/٦، كما يعبر عن القدرة السمعية بوحدات تسمى ديسبل مثل ٢٠ وحدة ديسبل أو ٧٠ وحدة ديسبل، كما يعبر عن حالات صعوبات التعلم بدرجات مئينية تزيد أو تقل عن ٣٦ درجة مئينية، كما يعبر عن الاضطرابات الانفعالية بدرجة فرعية أو كمية تمثل درجة الاضطراب الانفعالي لدى الفرد، وهكذا يتم وصف مظاهر السلوك لفئات التربية الخاصة، رقمياً أو كمياً وهذا هو المقصود بمفهوم القياس في التربية الخاصة.

مفهوم التقويم والتشخيص :

ظهرت تعريفات وتفسيرات متعددة لمفهوم التقويم أو التشخيص ولكنها تجمع على تفسيرات إجرائية تتمثل في إصدار حكم على ظاهرة ما (بعد قياسها)، أو على موضوع ما، وفق معايير خاصة بتلك الظاهرة، كما تتضمن تلك التعريفات توضيحا لجوانب القوة والضعف في تلك الظاهرة، فعلى سبيل المثال يعرف مهرنز ١٩٧٥ التقويم أو التشخيص على أنه تلك العملية التي تحكم فيها على مظاهر السلوك ومدى قربها أو بعدها من المعايير الخاصة بها، كما يعتبر هاول وزملاءه ١٩٦٩ التشخيص على أنه شكل من أشكال التقويم، وهو مصطلح مستعار من العلوم الطبية، ويستخدم بشكل خاص في ميدان التربية الخاصة، لأغراض الحكم على السلوك، وفي التربية الخاصة أمثلة متعددة على عملية التقويم أو التشخيص، فمثلا يصنف الأفراد إلى موهوبين أو عاديين أو معوقين عقلياً بناءاً على نسب ذكائهم، كما يصنف الأفراد إلى عاديين أو معوقين سمعياً بناء على عدد وحدات الديسبل المقاسة

لديهم، كما يصنف الأفراد إلى عاديين أو معوقين بصرياً بناء على قدراتهم البصرية المقاسة سواء بواسطة الأخصائي في البصريات أو وفق لوحة سنلن المعروفة، كما يصنف الأفراد إلى عاديين أو ذوي صعوبات التعلم بناء على أدائهم على المقاييس الخاصة بصعوبات التعلم، في حين يصنف الأفراد إلى عاديين أو ذوي اضطرابات انفعالية بناء على أدائهم على مقاييس الاضطرابات الانفعالية، وهكذا يتم تقييم أداء الفرد أو تشخيصه بناء على المعلومات التي يحصل عليها الإخصائي نتيجة لعملية القياس ومقارنتها بالمعايير الخاصة بكل مظهر من مظاهر السلوك التي يقيسها ذلك المقياس.

العلاقة بين أداة القياس، وعمليتي القياس والتقويم :

تعتبر العلاقة بين أداة القياس وعمليتي القياس والتقويم ثرية ومترابطة ومكملة لبعضها البعض، إذ يصعب إجراء عمليتي القياس والتقويم دون وجود الأداة المناسبة، كما يصعب إجراء عملية التقويم بدون عملية القياس، وعلى ذلك:

أ- تعتبر أداة القياس التي تتوفر فيها دلالات الصدق والثبات المقبولة، شرطاً أساسياً من شروط عمليتي القياس والتقويم.

ب- تعتبر عملية القياس، بنتائجها الكمية، لظاهرة موضوع القياس، شرطاً أساسياً من شروط عملية التقويم وسابقه لها.

جـ- تعتبر عملية التقويم (التشخيص) عملية تتخذ فيها القرارات المناسبة وتتوقف دقة القرار ومناسبته بناء على المعلومات التي تقدمها عملية القياس.

أهداف القياس والتقويم :

تتلخص أهداف عمليتي القياس في اتخاذ قرارات تتعلق بتصنيف الطلبة أو نقلهم أو إحالتهم إلى المكان المناسب أو إعداد خططهم التربوية، وفي التربية الخاصة تبدو أهداف عمليات القياس والتقويم (التشخيص) في النقاط التالية :

١- تصنيف الطلبة غير العاديين إلى فئات أو مجموعات متجانسة.

٢- تحديد موقع الطلبة غير العاديين على منحنى التوزيع الطبيعي من حيث قدراتهم العقلية.

٣- تحويل / إحالة الطلبة غير العاديين إلى البيئات التربوية المناسبة لهم.

٤- إعداد الخطط التربوية الفردية للطلبة غير العاديين والحكم على مدى فعاليتها.

٥- إعداد الخطط التعليمية الفردية للطلبة غير العاديين والحكم على مدى فعاليتها.

٦- إعداد برامج تعديل السلوك للأطفال غير العاديين والحكم على مدى فعاليتها.

شروط أدوات القياس :

أهمها الصدق والثبات :

١- صدق الاختبار.	٢- صدق المحتوى.
٣- الصدق التلازمي.	٤- الصدق التنبؤي.
٥- صدق البناء للاختبار.	٦- ثبات الاختبار.

٢- الاتجاهات :

الاتجاه : يعرف البرت الاتجاه بأنه حالة من الاستعداد أو التأهب العصبي والنفسي ينتظم من خلال خبرة الشخص ويكون ذا تأثير توجيهي أو دينامي على استجابة الفرد لجميع الموضوعات والمواقف التي تثير هذه الاستجابة.

- اتجاهات الأسرة :

كلنا يعلم بأن جميع أفراد والأسرة وخصوصاً الأم والأب عندما ينتظرون مولوداً جديداً، يتأملون أن يكون هذا الطفل القادم جميلاً وذكياً وسليماً من جميع الجوانب، ولكن تكون الصدمة الكبرى عندما يخبرهم الطبيب بأن طفلهم الجديد معاقاً عقلياً أو قد يتوقع أن يكون معاقاً، ويكون حكم الطبيب عادة على بعض السمات الجسمية الظاهرة خصوصاً في حالة المنغولزم، وقد لا تكتشف إعاقة الطفل الذهنية عند كثير من الأطفال إلا في سنوات مرحلة الروضة أو المرحلة الدراسية المبكرة (الصفوف الابتدائية الأولى) وقد يلاحظ أفراد الأسرة وخصوصاً الأم أن النمو العقلي لطفلهم لا يتوافق مع عمره الزمني، ولا يتناسب مع النمو العقلي لأقرانه من الأطفال، ولكن في كثير من الأحيان لا تبدي الأسرة الاهتمام الكافي لمثل ذلك، وتبقى إعاقة الطفل غير مكتشفة أو مؤكدة حتى ذهابه إلى مرحلة الروضة أو

المدرسة الابتدائية،فتبدأ الفجوة تـزداد مـا بـين قدراتـه وقـدرات زملائـه مـن الفئـة العمرية ذاتها وخصوصاً في الجوانب الأكاديمية الأساسية (الحساب القراءة، الكتابة ... وغير ذلك)، وعندما يحصل ذلك فإن الطفل عادة ما يجري عرضه علـى المتخصصـين يحول إلى المختصين لإجراء التشخيص والفحوصات اللازمة، وإذا ما تبين أن الطفـل لديه إعاقة عقلية من درجة أو مستوى معين، تكون الصدمة النفسـية كبـيرة بالنسـبة للأسرة وخصوصاً الوالدين، علماً أن الصدمة تكون في هذه الحالة أقل تأثيراً مقارنة مع معرفتهم بوجود الإعاقة المؤكدة لحظة الولادة، ولكن بالرغم من هذه الفروق فـإن الصدمة التي تتلقاها الأسرة وخصوصاً الوالدين عنـد معرفتـهم بـأن طفلـهم معـاق عقلياً تبقى ذات تأثير كبير على مستقبل أفراد الأسرة جميعهم، وكما يقال أحياناً بـأن الأسرة التي يوجد بها طفل معاق هي أسـرة معاقـة والمقصـود هنـا بالإعاقـة للأسـرة ليست الذهنية وإنما تعاق الأسرة عن القيام بدورها وتفاعلها مع المجتمع كما هو متوقـع منها، حيث أن وجود الطفل المعاق في الأسرة يؤدي إلى انشغال معظـم أفـراد الأسـرة للعناية به، كذلك تقضي الأمهات والآباء الوقت الطويل في التفكير حـول مسـتقبل طفلهم المعاق وما سيعملون معه ومن سيرعاه بعدهم إلى غير ذلك من الاستفسـارات التي تشغل تفكيرهم، كذلك يمضي أولياء أمور الأطفال المعاقين الوقـت الطويـل في البحث عن مصادر قد تشفي أبناءهم أو يبذلون الجهد الكبير في إيجاد الأماكن الـتي يعتقدون أنها أكثر ملاءمة لحالة أبنائهم، وبناء على الوضع النفسي والجسدي المرهق الذي تعيشه الأسرة يمكن لنا أن نتصور الاتجاهـات الـتي تتكـون عنـد هـذه الأسـر، ويمكن أن نلخص ردود فعل الأسرة أو اتجاهاتها نحو الطفل المعاق إلى ما يلي :

١- الاتجاه السلبي أو الاتجاه الرافض : حيث نلاحظ أن بعض الأسر لم تكـن تتوقـع أن يكون لها طفل معاق ولذلك فهي لا تتقبل هذا الوضـع المـؤلم وتتـهرب منـه وترفضه بأشكال شتى، كأن يتبادل الزوجان التهم حول السبب في وجود الطفـل المعاق، ، وقد يستمر ذلك طويـلاً وتتحـول البيئـة الأسـرية إلى جحيـم لا يطـاق يسبب مزيداً من الألم والتعاسة للزوجين وللأبناء الآخرين وقد يطلب الزوجـان أو أحدهما الطلاق، وقد أشارت الدراسات في هذا الجانب أن نسبة الطلاق بين الأسر التي يوجد بها المعاقين أعلى نسبة الأسر التي لا يوجد بها معـاقين، ومثـل

هذه الحالات تحتاج إلى الإرشاد الأسري المكثف من قبل المتخصصين في مجالات التربية الخاصة وعلم النفس.

٢- عدم الاكتراث والإهمال : حيث لوحظ أن بعض الأسر أو بعضاً من أفرادها يتكون لديهم اتجاهات سلبية نحو طفلهم المعاق، فلا يتقبلونه إطلاقاً وهذا الاتجاه يؤدي إلى إهمالهم له بدرجة كبيرة، فلا يكترثون لمظهره وملابسه وطعامه ولا يوفرون له العناية الصحية الكافية، ويحاولون إخفائه عن حياتهم اليومية، كوضعه في مؤسسة داخلية للمعاقين أو إبعاده عن أنشطة الأسرة وخصوصاً الاجتماعية منها، ما يؤدي إلى زيادة درجة إعاقة الطفل العامة، وخصوصاً في القرى والأماكن النائية، لذا كان لابد من وجود البرامج الإعلامية والتثقيفية المستمرة لأهالي المعاقين.

٣- الاهتمام الزائد بالطفل المعاق : يتكون لدى بعض الأسر اتجاهات مغايرة للاتجاهات الواردة في البندين السابقين، حيث أن أحد الوالدين أو كلاهما يبدي اهتماماً زائداً في الرعاية والعناية بطفله المعاق مما يعيق برامجه التعليمية والتدريبية وتنشأته السليمة، ويعود ذلك في كثير من الأحيان إلى الشعور بالإثم أو الذنب، حيث يعتقد أحد الوالدين أو كلاهما بأنه السبب في وجود الإعاقة عند الطفل، وبصورة خاصة عندما تنجب الأم طفلا معاقاً وهي في سن الأربعين أو أكثر، أو لاعتقادها بأنها تناولت دواء في مرحلة الحمل، أو كانت تكثر من المشروبات أو التدخين أو أنها تعرضت لأشعة اكس خلال الحمل إلى غير ذلك من الاعتقادات التي تسيطر على الأم، وإذا سيطرت مثل هذه الاتجاهات على الوالدين أو كلاهما فإنه يصبح بالضرورة أن يتدخل الإرشاد الأسري والمتخصص في مجال التربية الخاصة لمساعدة مثل هذه الأسرة.

ويمكن القول أن اتجاهات الأسرة نحو طفلها المعاق قد تبدلت كثيراً من الاتجاهات السلبية والإهمال إلى الاتجاهات نحو تفهم الطفل المعاق وتقبله والعمل على إيجاد البرامج العلمية والتأهيلية الملائمة له من أجل أن يصبح أكثر اعتماداً على نفسه أكثر من اعتماده على أسرته ومجتمعة وبطبيعة الحال فإن هذا التحول في الاتجاهات يعود إلى أسباب موضوعية هامة تتعلق بالمجتمع، فقد زاد تفهم وتقبل

المجتمع وعلى أعلى المستويات للمعاقين والمطالبة بتوافر الخدمات والرعاية والحقوق الخاصة بهم، ولم يقتصر هذا داخل قطر واحد وإنما أصبح اتجاهاً عالمياً، وكما يعرف الجميع هناك حقوق للمعاقين بشكل عام، كما بادرت كثير من الدول العربية إلى وضع حقوق خاصة بالمعاقين، كما ويعود التغير في الاتجاهات إلى عوامل ذاتية أيضاً تتعلق بوعي المواطن وثقافته الذاتية، ففي حين كانت الأسرة تشعر بالخجل والإحراج لوجود طفل معاق، لم يعد ذلك بنفس الدرجة من الحرج في أيامنا هذه حيث أن أسباب الإعاقة ليست وراثية فقط وإنما هناك أسباب بيئية كثيرة، وهذا يعني أن أية أسرة يمكن أن تنجب طفلا معاقاً ما دامت هناك أسباب بيئية ، ففي الماضي كانت عائلات كثيرة تحاول إخفاء طفلها المعاق، ولكن لم يعد ذلك ممكناً هذه الأيام حيث أن معظم العائلات تبحث عن المؤسسات الملائمة والبرامج المناسبة لأطفالهم المعاقين، وخير مثل على ذلك أن معظم مؤسسات التربية الخاصة لديها أسماء أطفال معاقين على قوائم الانتظار تفوق عدد الأطفال المخدومين في المؤسسات حالياً، وهذا بطبيعة الحال يشير إلى الاتجاهات الحديثة عند معظم العائلات التي بدأت تتهم وتتقبل أبناءها المعاقين وتعمل على مساعدتهم بشتى الوسائل الممكنة.

اتجاهات وردود أفعال الوالدين ذوي الأطفال المعوقين في أوقات مختلفة :

١- الصدمة.
٢- النكران.
٣- الغضب والشعور بالذنب.
٤- الأماني غير الواقعية.
٥- الشعور بالكآبة.
٦- الرفض أو النبذ.
٧- تفهم وتقبل الطفل المعوق.

- اتجاهات المحيط المدرسي :

تشير الدراسات بأن أقل المشكلات الاجتماعية التي يواجهها المعاق هي في المدرسة، حيث تبين تلك الدراسات بأن معظم زملاء المعاق في المدرسة يبدون نحوه التقبل والتفهم والتعاون، كذلك فإن المعلمين أيضاً في معظم الأحيان يظهرون التقبل والتعاون مع الطفل المعاق ويحاولون المساعدة بقدر المستطاع، وإذا توافرت الإدارة المدرسية الجيدة والمتفهمة لمشكلات المعاق وحاجاته فإنها بالتالي تعمل على

توفير البيئة المدرسية الملائمة للطالب المعاق، وبالرغم من كل ما ذكر فإن الطالب المعاق يواجه الاحباطات في المدرسة بسبب عدم قدرته على التحصيل الأكاديمي والسير مع زملائه في البرامج التربوية، وهذا يسبب للمعاق وأسرته كثيرا من الإحباط.

- اتجاهات المجتمع واتجاهات أصحاب العمل :

بالإضافة إلى الإحباطات المتكررة التي يواجهها المعاق في الأسرة والمدرسة، كما ذكرنا سابقا، فإنه يواجه الإحباط في حياته اليومية في الشارع وفي الأماكن العامة وخلال استخدامه للمرافق العامة وخلال استخدامه وسائل المواصلات وغير ذلك من جوانب الحياة اليومية، والسبب أن المعاق يحتاج إلى تفهم الآخرين لكيفية التعامل معه، ولكن من الصعب أن نجد لدى كافة أفراد المجتمع الفهم الجيد والإيجابي للمعاق والقدرة على تقبله، لذلك، فهو معرض للإحباط في مواقف كثيرة من حياته اليومية، كذلك نلاحظ أن غالبية أصحاب العمل والمصانع والشركات يترددون في توظيف المعاق، علما بأن الكثير من الوظائف والمهمات يمكن أن يقوم بها المعاق وبدرجة متقنة من الأداء إذا توافر له التدريب والتأهيل المهني الملائم، وحديثاً، بدأت كثير من دول العالم تنص في قوانينها على ضرورة تشغيل المعاقين في مؤسساتها، وكذلك تعمل على توفير الحوافز المختلفة لتشجيع أصحاب العمل في القطاع الخاص على توظيف المعاقين.

٣- التدخل المبكر - التعرف المبكر Early Identification :

يقصد بالتعرف التعرف المبكر تلك المحاولات التي تبذل بقصد تحديد بعض المتغيرات في الفرد أو في البيئة مما يساعد على التنبؤ بالوضع النمائي للفرد في المراحل التالية، ويشير التعرف المبكر أيضا إلى أساليب التدخل التي يمكن أن تتخذ في المراحل المبكرة من النمو بما يدعم جوانب القوة في الفرد، وبما يقلل من تأثير الإصابات ومظاهر الضعف، لعل النظرة السطحية توحي بأن مفاهيم التعرف المبكر وما تنطوي عليه من أساليب التدخل المبكر مفاهيم بسيطة ومباشرة، إلا أن النظرة العميقة تبين أن عملية التعرف المبكر نادراً ما تكون على هذه المؤثرات دورها من

خلال أشكال معقدة من التفاعل، ويترتب على ذلك أن جهود التعرف المبكر تتطلب من معظم الأحيان نماذج وأساليب متعددة الأبعاد تمكن من القيام بأفعال وإجراءات بعيدة المدى خلال العملية النمائية.

إن عدم الكشف عن الاضطراب الذي يعاني منه الطفل وعدم تزويده بالخدمات المناسبة في الوقت المناسبة قد ينجم عنهما تدهور مضطرد في حالة الطفل، ولذلك ينبغي التعرف إلى الأطفال الذين قد يحتاجون إلى تربية خاصة وخدمات مساندة بأسرع وقت ممكن ليتم إحالتهم إلى الجهات المتخصصة بغية تحديد مدى حاجاتهم إلى التشخيص المكثف وإلى البرامج العلاجية في وقت مبكر.

ويمكن تعريف الإحالة (Referral) بأنها التوجه الرسمي بطلب إلى أخصائي أو أكثر لتقييم حاجات الطفل وذلك بناء على ظهور علامات ومؤشرات على أن الطفل قد يكون في وضع غير مطمئن، وتبدأ عملية الإحالة بتكون انطباعات داخل المدرسة أو في البيت بأن لدى الطفل مشكلات تستدعي الانتباه والدراسة، وقد تكون تلك المشكلات في النمو اللغوي، أو الصحي، أو السمعي، أو البصري، أو العقلي، أو السلوكي والاجتماعي، وبعد ذلك، يتم بذل جهود كافية للتحقق من وجود أو عدم وجود مشكلات حقيقية لدى الطفل، فإذا كان القرار هو أن لدى الطفل ما يبرر الاعتقاد بأنه طفل مختلف، يجب التشاور مع ولي أمره والحصول على موافقته للبدء بتقييم شامل ، والهدف من هذا التقييم تحديد طبيعة الخدمات الخاصة التي يحتاج إليها، وبعد ذلك يجب اطلاع ولي الأمر على نتائج التقييم، فإذا كان الطفل بحاجة إلى تربية خاصة، يجب مناقشة الوضع مع ولي الأمر وتعريفه بالخدمات المقدمة وبحقوق الطفل وأسرته.

الفئات المستهدفة من قبل برامج التدخل المبكر :

١- الأطفال الذين يتوقع لهم أن يعانوا من التأخر النمائي لأسباب بيئية منهم على سبيل المثال : معاناة أحد الوالدين أو كليهما من حالة إعاقة أو غير ذلك، صغر عمر الأم عند الإنجاب، الفقر، الظروف الاجتماعية الثقافية الصعبة.

٢- الأطفال ذوي القابلية للتأخر النمائي أو الإعاقة، وهم الأطفال الذين ولدوا

ووزنهم أقل من المعدل الطبيعي، أو تعرض منهم لإصابات دماغية أو اختناقات، وغير ذلك.

٣- الأطفال الذين لديهم تأخر واضح أو إعاقة مثبتة، وهم الأطفال الذين يختلف نموهم اختلافاً جوهرياً عن نمو أقرانهم الأمر الذي يجعلهم بحاجة إلى خدمات التربية الخاصة.

مبررات التدخل المبكر :

١- لعل أهم مبررات التدخل المبكر تلك التي تهدف إلى الوقاية من تطور الإعاقة أن وجدت في حالة عجز البرنامج من الوقاية من الإعاقة بشكل كامل، وكون التأخر في النمو في مرحلة ما قبل المدرسة يعتبر مؤشراً خطيرا بالنسبة للنمو المستقبلي، فإن برامج التدخل المبكر تأتي لدعم تطوير النمو عند الأطفال من كافة النواحي التعليمية والجسمية والاجتماعية، وتزيد من مستوى استقلالية الطفل وتغيير سلوكه.

٢- إن طبيعة النمو الإنساني في المرحلة المبكرة من العمر (سن ما قبل المدرسة) يعتبر من أهم المراحل والتي يكون التعليم فيها أسرع من أي مرحلة عمرية لاحقة.

٣- إن لبرامج التدخل المبكر جدوى اقتصادية حيث أنها تقلل من الحاجة إلى مؤسسات الإقامة الدائمة، كما أنها تقلل الحاجة أو الاعتماد على المعينات أو الأجهزة المساعدة (في حالة الإعاقة الحركية أو الشلل الدماغي).

والوقاية من الإعاقة هي مسؤولية مشتركة بين الجهات الرسمية في الدولة والأسرة والفرد ذاته، ولا يمكن أن تنجح برامج الوقاية وتحقق أهدافها إلا إذا تضافرت جهود الجهات الرسمية والحكومية ذات العلاقة مثل وزارة الصحة ووزارة التربية والتعليم، ووزارة الثقافة والإعلام وجميع الأجهزة الإعلامية التابعة لها من محطات تلفزيون وصحف ومجلات ونشرات مختلفة وإذاعات، وغيرها من أجهزة رسمية ذات علاقة، كذلك لن تنجح برامج الوقاية في تحقيق أهدافها إلا بتعاون أفراد المجتمع، وفي ما يلي نستعرض المجالات التي يجب التركيز عليها في عملية الوقاية.

أ- الوقاية في المجالات الصحية للطفل أو للأم الحامل :

١- ضرورة توفير الوقاية للأم الحامل بعدم التعرض للإصابة بالحصبة.

٢- الوقاية من الأمراض التناسلية مثـل مـرض الزهـري والسـيلان وهـي أمـراض تسبب التشوهات الخلقية والإعاقة عند الجنين.

٣- الوقاية من الحمى الصفراء، وهي الأمراض المعدية، إذا أصيبت بـها الأم الحـامل فإنها تسبب الإعاقة للطفل.

٤- الوقاية من الإصابة بالسل، فإذا أصيبت الأم الحامل بالسل فإن الجنين قـد يتـأثر بذلك وتسبب له الإعاقة.

٥- الوقاية من الحمى والأمراض المعدية مثل النكاف والحصبة وجدري الماء فإنها في كثير من الأحيان تسبب الإعاقة عند الجنين.

٦- الوقاية من اضطرابات افرازات الغدد واضطرابات التسـمم الغذائـي وارتفـاع ضغط الدم والتسمم الحملي.

٧- فقر الدم عند الأم الحامل.

٨- عدم استخدام أية عقاقير طبية أثناء الحمل إلا بعد استشارة الطبيب.

٩- محاولة الاجهاض غير القانونية.

١٠- عدم التوازن الغذائي أو سوء التغذية للأم الحامل.

١١- الإدمان على الكحول والمشروبات الروحية المختلفة.

١٢- إجراء الفحوصات الطبية اللازمة عند المقبلين على الزواج.

ب- الوقاية في المجالات الصحية مثل :

١- الزواج المبكر والذي يؤدي إلى الإنجاب المبكر.

٢- الإنجاب المتأخر.

٣- الولادة المتكررة وضرورة تباعد الحمل.

٤- الإجهاض المتكرر.

٥- زواج الأقارب.

٤- التأهيل الشامل :

التأهيل الشامل هو مساعدة الأفراد التي لديها إعاقة للوصول إلى أعلى مستوى من الوظائف الجسدية التي يستطيع العلاج الطبي تقديمها، ومساعدته في النواحي النفسية والاجتماعية والمهنية مع التربوية بحيث يصبح قادراً على تحقيق الشعور بالذات والأمن مع الرضا في حياة الأسرة والجماعة والمجتمع الذي ينتمي إليه، كذلك التأهيل الشامل هو مساعدة الشخص المعوق على استعادة قدراته أو جزء منها خلال عملية التأهيل.

أهداف ومبادئ التأهيل الشامل :

١- المساواة بين أبناء المجتمع جميعاً، وهذا يحتم على جميع القطاعات العامة والخاصة تقديم خدمات لمتخصصي المصابين بالإعاقة الحركية.

٢- إن التأهيل عملية فردية يقوم البرنامج العلاجي منها على أساس معرفة حاجات الفرد ومشاكله الخاصة والسعي لحلها بالطرق المناسبة.

٣- إن نواحي التشخيص الطبية والنفسية والاجتماعية والمهنية والتربوية تتكامل تحت مفهوم التأهيل الشامل لتحقيق أعلى قدر ممكن من الاستقلالية للفرد دون أن تتضارب خدماتها.

٤- تبدأ عملية التأهيل الشامل منذ التحقق من أن لدى المصاب إعاقة دائمة أو تحتاج لوقت طويل للشفاء في بعض الأحيان.

٥- التعديل الوظيفي حيث يستطيع المصاب حركيا العناية بنفسه وتجنب ما ينتج عن الإعاقة الحركية من مشاكل طبية مثل التقرحات الجلدية والتكلسات وغيرها واستعمال الوسائل المناسبة للحركة.

٦- العمل على دمج هذه الفئة بالمجتمع بأكبر قدر ممكن.

٧- يجب أن يصبح التأهيل أحد مصادر المجتمع في نشر الثقافة الصحية والإجراءات الوقائية وذلك بعمل نشرات تتعلق بذلك.

ويعمل على تطبيق برامج التأهيل الشامل متخصصون في مجالات التأهيل المختلفة معتمدين الطريقة العلاجية المثلى وهي العمل كفريق متكامل، وأهم

المختصين بهذا الفريق هم :

١- الطبيب المختص بالطب الطبيعي والتأهيل.	**Phisical Medicive Doctor**
٢- المعالج الحكيم أو الطبيعي.	**Phisical Therapist**
٣- أخصائي العلاج بالتشغيل.	**Occupational Therapist**
٤- أخصائي الخدمة الاجتماعية.	**Socail Worker**
٥- أخصائي علم النفس التأهيلي.	**Rehabilitation psycholigst**
٦- مرشد التأهيل المهني.	**Rehabilitation Counseler**
٧- أخصائي النطق والسمع.	**Audiologist speech Therapist**

٨- أخصائي التقييم والتشخيص.

٩- معلم التربية الخاصة.

١٠- كذلك فإن آباء وأمهات الأطفال المعوقين يعتبرون أعضاء لهم أهميتهم في الفريق.

تتضمن عمل الفريق متعدد التخصصات بعملية تقيم جوانب الطفل، وتتضمن عملية التقييم التي يقوم بها الفريق تقديراً للخصائص التعليمية والسيكولوجية، بالإضافة إلى ما هو ضروري من الخصائص الطبية، والنطق واللغة، والعلاج الطبي، والقياس السمعي البصري .... الخ.

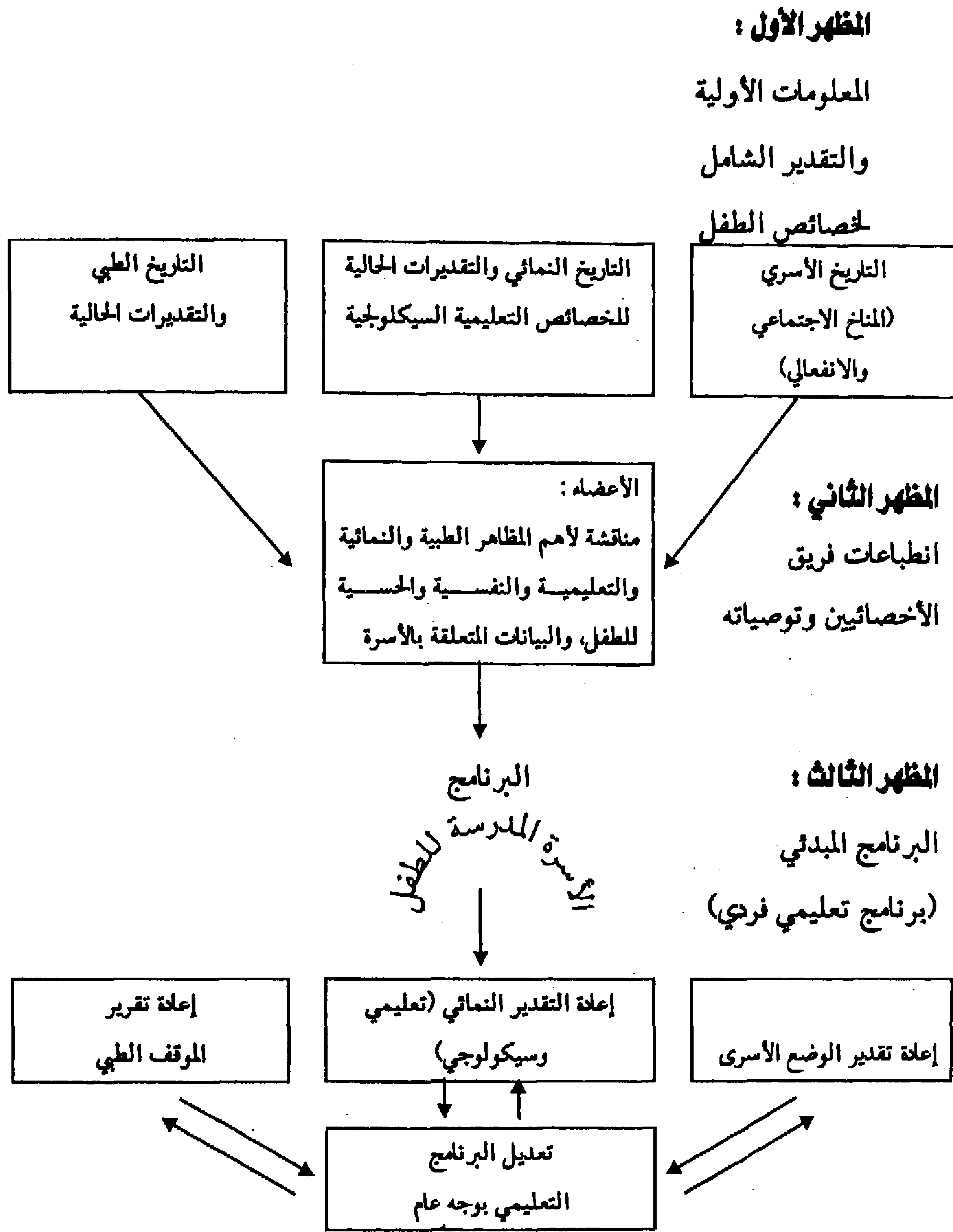
مثل هذه التقديرات تهدف إلى تحديد جوانب القوة وجوانب الضعف عند الطفل بحيث يمكن تخطيط الخدمات التعليمية وغيرها من الخدمات بطريقة تؤدي إلى التوافق الشخصي والاجتماعي للطفل المعوق، نوضح في الشكل التالي المظاهر الأربعة الرئيسية التي يشملها العمل بمدخل الفريق وهي :

١- التقدير الشامل للخصائص المختلفة للطفل.

٢- انطباعات الأخصائيين المستمدة من التقديرات السابقة.

٣- تخطيط البرنامج المبدئي لخدمات التربية الخاصة.

٤- المتابعة من خلال إعادة تقدير خصائص الطفل على فترات دورية وإدخال التعديلات اللازمة على البرنامج كلما كان ذلك ضروريا.



تخطيط توضيحي لطريقة عمل الفريق متعدد التخصصات

المعلومات الأساسية والأخصائيين اللازمين لتقييم خصائص الطفل المختلفة

بيانات تتعلق بالأسرة :	أعضاء الفريق المتخصص :
١- تقييم الأوضاع الأسرية	
• بناء الهيكل الأسري.	
• ديناميات الحياة الأسرية.	
• المصادر ونواحي القوة.	
٢- الضغوط الأسرية على الطفل.	← الأخصائي الاجتماعي
٣- المركز المالي للأسرة.	← الأخصائي النفسي
٤- مصادر الأسرة الإضافية.	← المسؤول التعليمي
٥- توقعات الوالدين من المؤسسة.	
٦- درجة تفهم الوالدين لمشكلات الطفل.	
٧- درجة تقبل الوالدين للإعاقة.	

بيانات تتعلق بنمو الطفل وتقديرها :	
١- الوضع النمائي المحدد	← أخصائي الأعصاب أو الطبيب. أخصائي نمو الأطفال. أخصائي نفسي في الطفولة. المسؤول الطبي المدرسي. أخصائي عيوب النطق.
٢- الحالة النفسية	← أخصائي نفسي
٣- المركز التعليمي	← المسؤول المدرسي مدرس، مرشد نفسي، مسؤول إداري، أخصائي نفسي، أخصائي قياس.

بيانات طبية وتقديراتها :	
١- الرعاية الصحية العامة	← طبيب الأطفال أو طبيب الأسرة
٢- المشكلات البصرية	← أخصائي الأبصار
٣- المشكلات السمعية	← أخصائي السمع والأذن
٤- النوبات المرضية	← الطبيب أو أخصائي الأعصاب
٥- العجز أو القصور الجسمي (القلب وغيره)	← أخصائي أمراض القلب

يتبع عملية التقدير والتقييم الشامل لخصائص الطفل قيام الفريق بوضع خطط البحث يبنيها على المعلومات القياسية والتقييمية التي حصل عليها، ويضع بعين الاعتبار بعض الأمور وهي :

١- تحديد أساليب التدريس الخاصة المطلوبة لطفل معين.
٢- توضيح مدى تأثر الأهداف أو الفرص المهنية فيما بعد الإعاقة.
٣- بيان إمكانية الحياة المستقلة فيما بعد في ظل الإعاقة.
٤- توضيح مدى تأثر العلاقات الاجتماعية وفرص الترويح بالاعاقة.

إذن الهدف الرئيسي لنظام تعدد التخصصات هو التأكد من حصول كل طفل من الأطفال المعوقين على الخدمات التعليمية والنفسية التي تؤدي إلى أن يحقق النمو بأقصى ما تمكنه به طاقاته.

٥- المدارس الشاملة ودمج المعوقين :

تعتبر قضية دمج المعاقين في المدارس العادية من أهم القضايا المعاصرة في مجال التربية الخاصة، حيث تشير الدراسات إلى أن تعليم المعوقين ضمن البرامج الدراسية العادية وهو ما يعرف بالدمج يؤدي إلى نتائج أفضل من حيث التحصيل العلمي للمعوقين ومن حيث النمو الاجتماعي والانفعالي والتكيفي والشخصي، وكذلك من حيث التكلفة المادية فهو أقل من تكلفة مدارس التربية الخاصة، ولكن في كثير من الدول فإن المؤسسات التربوية والتعليمية تحاول التخلص من مثل تلك المسؤولية مدعية بأنها غير قادرة على تعليم هذه الفئات من المعوقين ضمن برامجها المدرسية، وهنا يأتي دور المتخصص والأهل ومشاركتهم ودعمهم للمتخصصين في محاولة إقناع الجهات المختصة أو المؤسسات الرسمية وغير الرسمية القائمة على شؤون التربية والتعليم بقبول المعوقين ضمن برامجهم المدرسية أو على الأقل إنشاء البرامج الخاصة لهم ولكن ضمن النظام المدرسي المعمول به، وكذلك يأتي دور المتخصصين والأهل لإقناع المشروع وذلك من أجل سن القوانين الضاغطة على الجهاز التعليمي لقبول برامج دمج المعوقين.

يعني الدمج بالنسبة للمعوقين أشياء كثيرة : انعدام العزل، التقبل من قبل المجتمع، إمكانية المعاملة كالآخرين، التمتع بحق العمل والذهاب إلى السينما وممارسة

الرياضات، كما يعني حظهم في أن تكون لهم عائلة، وأن يكون لهم أصدقاء وحياة عاطفية، وأن يقدموا بصفة محسوسة شيئا ما للمجموعة وأن يتمتعوا، كأي شخص آخر، بحرية الاشتراك والتحرك وأن يفعلوا ما يريدون، كالخروج في عطل كما يفعل الآن، وأن يزاولوا الدراسة مع الرفاق غير المعوقين حتى مستوى الجامعة، وأن يسافروا في وسائل النقل العمومي دون مضايقة أي شخص. ويقصد بالدمج هو تمكين الأطفال المعوقين من تربية تستجيب لاحتياجاتهم الخاصة في مدارس عادية بدلا من المؤسسات الخاصة، وفق صيغ متنوعة، كما يعني أيضا بذل أقصى ما يمكن من الجهود لتسهيل مشاركة الطفل المعوق في كامل الأنشطة التربوية والجماعية للمدرسة.

مستويات الدمج :

حينما نلاحظ تجارب الدمج التي تم القيام بها في أقطار مختلفة، ندرك أن الدمج الفردي في الفصل العادي لم تكن له نفس الصورة في كل الأماكن، ويمكن للتبسيط، التمييز، كما فعل (مارتن سودر) (الادماج الاجتماعي للأطفال المتخلفين عقليا ١٩٧٦) بين ثلاثة أنماط للممارسة :

أ- الادماج المادي الصرف : يلحق الطفل بمدرسة عادية ولكنه قلما يشارك في أنشطة الفصل وقلما يتواصل مع التلاميذ الآخرين.

ب- الادماج الوظيفي أو البيداغوجي الذي يتحقق عندما تكون نشاطات الطفل هي نفسها نشاطات رفاقه أو تكون مرتبطة بها بصفة دالة، ويمكن أن يقتصر هذا الادماج على بعض النشاطات (التربية البدنية، التربية الموسيقية، الأشغال اليدوية) أو أن يشمل ، على العكس من ذلك جزءا كبيراً من أنشطة الفصل العادي.

جـ- يتحقق الادماج الاجتماعي عندما يلعب المعوق، بصفة فعلية دوراً في المجموعة التي يشكلها الفصل وعندما يقوم بتبادلات ذات دلالة مع رفاقه ويحظى بتضامن فعلي وبالتواصل مع أعضاء المجموعة الآخرين ويحس بشعور الانتماء إلى المجموعة.

ويمكن أن نعتبر مختلف هذه الممارسات سلسلة متصلة، فالادماج العادي أدنى من الادماج البيداغوجي الذي هو بدوره أدنى من الادماج الاجتماعي.

ومن البديهي أن الهدف المنشود هو الادماج الاجتماعي، وأن الادماج الذي قد لا يكون ادماجاً بيداغوجيا، أو مادياً لاغير، يطرح مشكل ميزان أن المحاسن والمساوي، ولا يمكن أن نقول أنه مرغوب فيه أو غير مرغوب فيه على ضوء هذا الميزان.

تغيرات الجهاز المدرسي التي يتطلبها الادماج

-التغيرات المادية :

إنها تلك التي يستحضرها الفكر بأكثر تلقائية والتي يسمح تحقيقها في النهاية بأبسط التعديلات في سير العمل، وهي تتصل في أغلب الأحيان بالهندسة المعمارية المدرسية التي عليها أن تجد حلولا للمشاكل الآتية :

أ- إمكانية الدخول إلى المبنى.

ب- الرفاهية الحسية.

جـ- السلامة.

د- الأثاث والتهيئة الداخلية.

هـ- المعينات التقنية.

ولبرامج دمج المعوقين أنماط مختلفة نذكر منها :

١- دمج الحالات الخفيفة من المعوقين في المدارس العامة، ويكتفي بتعليم وتدريب الإعاقات الشديدة في مراكز خاصة.

٢- دمج بعض الإعاقات في المدارس العامة كالإعاقات الجسدية والمكفوفين وصعوبات التعلم وغيرها من أنواع الإعاقات التي لا يوجد أي مبرر تعليمهم في مراكز خاصة.

٣- الدمج اليومي الكامل في جميع برامج المدرسة.

٤- الدمج الجزئي في بعض البرامج التي يمكن للمعوقين القيام بها من دون مساعدة خاصة أو بقليل من المساعدة الخاصة، وأما بقية البرامج تكون في برنامج خاص وهو ما يعرف بغرفة المصادرة (المساعدة) (Resources Room) أو غرفة التربية الخاصة، حيث يتم تعليم المعوقين وتدريبهم بشكل فردي في مثل هذه الحالة ولكن ضمن البرامج والبناء المدرسي العام، وبالرغم من أن المجال ليس لمناقشة

وسائل لنجاح برامج دمج المعوقين إلا أنـه يجـب أن نذكـر أن برامـج الدمـج لـن يكتب لها النجاح إلا إذا توافرت لها العناصر الرئيسية التالية :

١- معلم التربية الخاصة، أي توافر معلم تربيـة خاصـة واحـد علـى الأقـل في كـل مدرسة يطبق فيها برامج الدمج.

٢- تقبل الإدارة المدرسية والهيئـة التدريسـية والطلبـة في المدرسـة لبرنـامج الدمـج وقناعتهم به، وهذا لن يتـم إلا بعـد توضيـح أهميـة الدمـج لكـل مـن الإدارة المدرسية والمعلمين والطلبة وأولياء أمور الطلبة أيضاً.

٣- المشاركة والتعاون من قبل أهالي الطلبة المعوقين في البرنامج المدرسي.

٤- الإعداد المسبق للبرنامج وتوفير متطلبات إنجاح البرنـامج كإنشـاء غرفـة خاصـة مزودة بالمواد التعليمية والوسائل الخاصة بالمعوقين ، وكذلك إجـراء التعديـلات الفردية على البرنامج كـالمواصلات مثـلا أو إجـراء تعديـلات خفيفـة في البنـاء المدرسي كإيجاد الممـرات الخاصـة بـذوي الإعاقـة الجسـمية الذيـن يسـتخدمون الكراسي المتحركة وإزالة العقبات مثل العتبـات أو الحواجـز عنـد المداخـل أو توسيع بعض أبواب المرافـق الصحيـة في المبنـى إلى غـير ذلـك مـن تعديـلات ضرورية.

وتتمايز أشكال الدمج على النحو التالي، تبعاً لصنف الإعاقة :

- **بالنسبة للمعوقين بدنيا** ، يؤكد على اقصاء العراقيل المادية وعلى إعداد نموذج قـابل للسحب على تنظيم الخدمات المصاحبة في عدد كبير من المدارس.
- **بالنسبة للمصابين بضعف السمع**، يؤكـد علـى تربيـة خاصـة إضافيـة يضطلـع بـها مدربون أعدوا لعلاج المشاكل النفسية التي قد يتعـرض لهـا تلميـذ أصـم الحـق بوسط تعليمي عادي، ولتقديم التعليم الإضافي الضروري لهذا التلميـذ عندمـا تقتضي الحاجة، كما يؤكد أيضا على ضرورة وجود مترجمين بالفصل.
- **بالنسبة للمعاقين بصرياً**، يؤكد قبل كل شيء على الخدمـات الإضافيـة الـتي يحتـاج إليها التلاميذ والمعلمون، وكذلك على التدريب على الحركة والتوجه في المعـهد المدرسـي وفي الجماعـة ، كمـا تشـترط خدمـات أخصـائي (الـبرايل) وإنتـاج واستخدام (كتب ناطقة) ومطبوعة بالحروف الكبيرة، كما يضمن، حالياً، تدريب

على القراءة باستعمال الاوبتكون تسهيلا للوصول إلى النصوص المطبوعة واستعمالها.

- **المصابون بتخلف عقلي خفيف ومتوسط**، يلجأ في ادماج خفيفي ومتوسطي الإعاقة العقلية، إلى نظام البرامج المستقلة المدمجة مع تكوين فريق من المدرسين المختصين في تعليم المعاقين عقليا، كما يتم إعداد جملة من الدروس التكيفية في نطاق هذه البرامج، وخاصة في مجال التدريس المهني الذي تتعهد به فرق من المربيين العاديين والمتخصصين، ويتابع هذه الدروس تلاميذ الفصول العادية والخاصة على حد سواء.

- **المصابون بتخلف عقلي شديد وعميق**، يتوجه الادماج بالنسبة لهذا الصنف أساساً نحو الأنشطة غير الفكرية والأنشطة الخارجة عن منهاج المدرسة العادية، علما بأن الهدف الأساسي من الادماج هو إعداد هؤلاء الشباب إعداداً أفضل للحياة الجماعية والمهنية والعائلية.

- **الأطفال الذين يواجهون صعوبات التعلم** : إن أهم أنماط البرامج في هذا المضمار تتمثل في (برنامج المورد (Resource Program) وفي البرنامج المستقل المدمج.

- **المضطربين انفعالياً** : يحتفظ بالتلاميذ المضطربين انفعالياً بدرجة خفيفة ومتوسطة في المسالك العادية بفصل الخدمات المصاحبة (إرشادات، مساعدة نفسية واجتماعية)، أما الذين لا يتمكنون من الاهتمام ببرنامج المرحلة الثانية العادي فلهم الاختيار من بين عدة صيغ : أما متابعة دروس مسائية والحصول على عمل كامل الوقت أو التسجيل في برنامج خاص معد للشبان غير المتكيفين، أو مواصلة دراستهم في معهد ثانوي مختلف، أما التلاميذ المصابون باضطرابات أكثر حدة فإنهم يدمجون خاصة عن طريق برنامج مستقل مدمج، تميز في صلبه المواد التي يمكن أن تنتظر منها نتائج إيجابية لتحقيق الادماج، ويتحقق الادماج، بالنسبة لهذا الصنف من المعوقين، على مستوى الأنشطة غير الفكرية والأنشطة الخارجية عن طريق المنهاج في معظم الحالات.

وبالرغم من إيجابيات الدمج، إلا أنه ينبغي الإشارة إلى بعض السلبيات التي

تواجه برامج الدمج والتي يمكننا تلخيصها في النقاط التالية :

١- قد يكون للدمج أثر سلبي في زيادة الهوة بين الأطفال المعوقين وغير المعوقين فبدلاً من تقليص هذه الهوة قد تزيد اتساعاً إذا ما اعتبرنا أن التحصيل الأكاديمي وهو المقياس الوحيد لنجاح فكرة الدمج.

٢- إن دمج الأطفال في المدارس العامة قد يحرمهم من الاهتمام الفردي والوسائل التعليمية الفردية التي يمكن أن تتوافر في المدرسة الخاصة.

٣- قد يساهم برنامج الدمج في زيادة عزلة الطفل المعوق عن المجتمع المدرسي وبخاصة في حالات فتح صفوف خاصة أو وحدات صفية خاصة إذا لم يراعي في البرنامج ضرورة إيجاد برامج مشتركة بين الأطفال خارج نطاق الصف أو المنهاج الدراسي.

٤- قد يساهم برنامج الدمج في تدعيم فكرة الفشل عند الطفل وبالتالي تقليل الدافعية وتدعيم المفهوم السلبي للذات بينما وجوده في مدرسة خاصة وسط أطفال من الفئة نفسها قد لا يؤدي إلى هذا الشعور بل قد يزيد من شعور الطفل بالأمن والاستقرار، وقد يكون الشعور بالفشل ناتج عن متطلبات المدرسة التي تفوق قدرات الطفل وإمكانياته.

٥- من أهم الإيجابيات التي ينبغي أن تتوافر في المدارس الخاصة وجود معلمين متخصصين في مجال العمل مما يضفي على طبيعة عملهم الطبيعية التخصصية التي ليس من اليسير توافرها في المدارس العامة، وإذا ما أردنا توفيرها نحتاج إلى برامج تدريبية وقد تحتاج إلى إجراءات كثيرة يمكن أن تتعارض مع طبيعة العمل وظروف المدارس العامة.

بقي أن نشير إلى أن الكثير من دول العالم بدأت الآن تأخذ برامج دمج الإعاقات الخفيفة في البرامج التربوية للأطفال العاديين كذلك فإن الكثير من الدول تركز ليس فقط على الدمج التربوي وإنما على الدمج الاجتماعي والمهني، أيضاً، مما يساعد المعاق على أن يعيش حياة أقرب ما تكون إلى الحياة الاعتيادية والطبيعية.

٦- التشريعات والقوانين :

التشريع :

أصدر كونغرس الولايات المتحدة، في السبعينات، قانونين كانت لهما فيما بعد انعكاسات عميقة الأثر على تربية ومعالجة كل الأشخاص المعوقين، ومن ذلك الحين، خضعت تربية المعوقين للقانون.

عندما بدأت المجتمعات في تقديم الخدمات للمعوقين كانت الفلسفة وراء ذلك تنطلق من جانب الرعاية، ثم بدأت تتطور المفاهيم كنتيجة لمطالب المعوقين أنفسهم، إضافة إلى الضغوط التي يضعها الأهل والمجتمع على صانعي القرارات بحيث أصبحت مطالب المعاقين في توفير الخدمات ليس كرعاية وشفقة وإنما من قبيل الحق المشروع لهم، منها هو حق الإنسان غير المعوق على المجتمع أن يوفر له العناية الملائمة والخدمات الأساسية، وأصبح المعاق أيضا يطالب بالحقوق ذاتها، وفي السنوات الأخيرة أخذت الدول المختلفة تسن القوانين والتشريعات الخاصة بالمعاقين وأصبحت هذه القوانين تنبثق من دساتير الدول وليس من قبل المنة تقدمها المؤسسات أو الجمعيات الخيرية أو الأفراد، والسؤال الذي يطرحه المعاق وذويه ومؤيديه هو لماذا يكفل الدستور الحق للإنسان غير المعاق في التعلم والتدريس والعمل والعيش الملائم ولا يكفله للإنسان المعاق ؟ وبطبيعة الحال فإن المعاق هو إنسان قبل أن يكون معاقاً، لذلك ، فقد بدأت تنص التشريعات على حق المعاق في التعليم والتدريب والتأهيل والعلاج المجاني، ولكن وجهات نظر المعاقين والعاملين في مجالات التربية الخاصة وذوي العلاقة تباينت في ما يتعلق بهذه التشريعات حيث يرى البعض أنه من الأفضل عدم وجود قوانين خاصة بالمعاقين وإنما تكون هناك تشريعات في القوانين العامة تتعلق بالمعاقين، وتوفر لهم الخدمة وتلبي احتياجاتهم ومطالبهم من دون أن ينص على ذلك قانون خاص لأن القانون الخاص بالمعاقين، بحسب رأي المعاقين أنفسهم، يساهم في زيادة العزلة ويقلل من فرص وإمكانيات دمجهم في المجتمع، ويطرح أصحاب هذا الإتجاه السؤال التالي : كيف نضع لهم قوانين خاصة ونحن نطالب بدمجهم في المجتمع وفي مجالات الحياة العادية، أما وجهة النظر الأخرى فتطالب بأن يكون لهم قوانين خاصة بهم، حيث أنها بحاجة إلى مثل هذه

القوانين لأن لهم قوانين خاصة حاجات خاصة ، ومطالب خاصة تتعلق بإعاقتهم ويرون أنه من الأفضل وضع قوانين خاصة بهم لأنها تكون أكثر خدمة لهم وتسهل عليهم الحصول على الخدمات بشكل أكثر إيجابية من لو كانت مجرد تشريعات خاصة في القوانين العامة، وهذه من القضايا التي ما زالت تحتمل وجهات النظر المتخلفة.

هنا نستعرض مجموعة من القوانين والتشريعات الخاصة بالمعاقين والتي وضعتها هيئة الأمم المتحدة، في عام ١٩٧١ صدر عن الأمم المتحدة إعلان حقوق الأشخاص المتخلفين عقليا، والذي جاء بناء على القرار ٢٨٥٦ الدورة (٢٦) حيث نص على أن الجمعية العامة إذ تذكر العهد الذي قطعه أعضاء الأمم المتحدة على أنفسهم، بموجب الميثاق، بالعمل، جماعة وفرادى، وبالتعاون مع المنظمة، على تشجيع رفع مستويات المعيشة وتحقيق العدالة الكاملة وتهيئة ظروف التقدم والنماء في الميدان الاقتصادي والاجتماعي.

وإذ تؤكد من جديد الإيمان بحقوق الإنسان والحريات الأساسية، وبمبادئ الحلم، وكرامة الإنسان وقيمته، والعدالة الاجتماعية المعلنة في الميثاق.

وإذ تؤكد على أن إعلان التقدم والإنماء في الميدان الاجتماعي قد أعلن ضرورة حماية حقوق ذوي العاهات البدنية والعقلية وتأمين رفاههم وتأهيلهم.

وإذ لا يغرب عن بالها ضرورة مساعدة الأشخاص عقليا على إنماء مقدراتهم في مختلف ميادين النشاط وضرورة التشجيع على ادماجهم إلى أقصى حد ممكن في الحياة العادية.

تصدر هذا الإعلان بشأن حقوق الأشخاص المتخلفين عقلياً، وتدعو إلى عمل الصعيدين القومي والدولي، كما يصبح هذا الإعلان أساسٌ مشتركاً لحماية هذه الحقوق ومرجعاً موحداً، لذلك :

١- يتمتع الشخص المتخلف عقليا إلى أقصى حد ممكن عملياً بنفس الحقوق التي يتمتع به سائر البشر.

٢- للمتخلف عقلياً حق الحصول على الرعاية الطبية والعلاج والمناسبين وعلى القسط الوافر من التعليم والتدريب والتأهيل والتوجيه الذي يمكنه من إنماء

قدراته وطاقاته إلى أقصى حد ممكن.

٣- للمعوق حق أصيل في أن تحترم كرامة الإنسانية، وله، أيا كان منشأ وطبيعة وخطورة أوجه التعوق والقصور التي يعاني منها، نفس الحقوق الأساسية التي تكون لمواطنيه الذين هم في سنه، الأمر الذي يعني أولا وقبل كل شيء أن له الحق في التمتع بحياة لائقة، تكون طبيعية وغنية قدر المستطاع.

٤- للمعوق نفس الحقوق المدنية والسياسية التي يتمتع بها سواء من البشر وتنطبق المادة ٧ من الإعلان المتعلق بحقوق المتخلفين عقلياً على أي تقييد أو إلغاء للحقوق المذكورة يمكن أن يمس المعوقين عقلياً.

٥- للمعوق حق في التدابير التي تستهدف تمكينه من بلوغ أكبر قدر ممكن من الاستقلال الذاتي.

٦- للمعوق الحق في العلاج الطبي والنفسي والوظيفي بما في ذلك الأعضاء الصناعية وأجهزة التقويم، وفي التأهيل الطبي والاجتماعي، وفي التعلم، وفي التدريب والتأهيل المهنيين وفي المساعدة والمشورة، وفي خدمات التوظيف، وغيرها من الخدمات التي تمكنه من إنماء قدراته ومهاراته إلى أقصى الحدود وتعجل عملية إدماجه أو إعادة إدماجه في المجتمع.

٧- للمعوق الحق في الأمن الاقتصادي والاجتماعي وفي مستوى معيشة لائقة، وله الحق ، بحسب قدراته، في الحصول على عمل والاحتفاظ به، أو في مزاولة مهنة مفيلة ومربحة ومجزية، وفي الانتماء إلى نقابات العمال.

٨- للمعوق الحق في أن تؤخذ حاجاته الخاصة بعين الاعتبار في كافة مراحل التخطيط الاقتصادي والاجتماعي.

٩- للمعوق الحق في الإقامة مع أسرته أو مع أسرة أخرى تحتضنه، وفي المشاركة في جميع الأنشطة الاجتماعية أو الإبداعية أو الترفيهية، ولا يجوز إخضاع أي معوق، في ما يتعلق بالإقامة، لمعاملة مميزة أو غير تلك التي تقتضيها حالته أو يقتضيها تحسن مرجو من هذه المعاملة، وإذا حتمت الضرورة أن يبقى المعوق في مؤسسة متخصصة، وجب أن يكون الوسط في هذه المؤسسة وظروف الحياة وفيها أقرب ما يستطاع من وسط وظروف الحياة العادية للأشخاص الذين هم

في سنه.

١٠- يجب أن يحمي المعوق من أي استغلال أو أية أنظمة أو معاملة ذات طبيعة تمييزية أو مسيئة أو مهنية.

١١- يجب أن يتمكن المعوق من الاستعانة بمساعدة قانونية كفؤه حين يتبين أن مثل هذه المساعدة لا غنى عنها لحماية شخصه أو ماله، ويجب، إذا أقيمت ضد المعوق دعوى قضائية، أن تراعي في الإجراءات القانونية المطبقة حالته البدنية أو العقلية مراعاة تامة.

١٢- من المفيد استشارة منظمات المعوقين في كل الأمور المتعلقة بحقوقهم.

١٣- يتوجب إعلام المعوق وأسرته ومجتمعه، بكل الوسائل المناسبة، إعلاماً كاملاً بالحقوق التي يتضمنها هذا الإعلان.

أما في البلاد العربية فنجد أن معظم الدول قد سنت قوانين خاصة بالمعاقين.

التشريع الفيدرالي :

تمثل أول نص تشريعي هام في القسم (٤٠٥) علماً بأن تطبيقه يخضع لأحكام القانون العام ١١٢-٩٣، تنقيحات القانون المتعلق بإعادة التأهيل المهني لعام ١٩٧٣، ويشير هذا النص إلى ما يلي :

"في الولايات المتحدة ، لا يمكن لأي فرد معوق، إذا كان يمتلك الكفاءات المطلوبة ، أن يمنع - لمجرد أنه معاق - من المشاركة في برنامج أو نشاط، أو أن يحرم من فوائد ناجمة عن برنامج أو نشاط، أو أن يكون موضوع تمييز في إطار برنامج أو نشاط، أيا كانت طبيعته، يتمتع بمساعدة فيدرالية".

أما النص الثاني للتشريع الفيدرالي فهو يتمثل في القانون العام (١٤٢/٩٤) المتعلق بالتربية لكل المعوقين لسنة ١٩٧٥، ولهذا القانون أربعة أهداف :

١- ضمان الانتفاع بالتربية الخاصة للأطفال والمراهقين الذي هم في حاجة إليها.

٢- الحرص على أن تبقى القرارات المتعلقة بالتربية الخاصة الواجب ضمانها للأطفال والمراهقين المعوقين عادلة ومكيفة.

٣- وضع مجموعة محددة بوضوح من القواعد وإجراءات التصرف وتحقيق الحسابات تكون قابلة للتطبيق على التربية الخاصة في كل مستويات الإدارة.

٤- تقديم دعم مادي من الإدارة الفيدرالية إلى إدارات الولايات والإدارة المحلية.

وينسحب القانون العمومي (١٤٢/٩٤) على كل المعوقين الذين تتراوح سنهم ٣-١٢ سنة والذين هم في حاجة إلى تربية خاصة وخدمات مقترنة بها، أم القسم (٥٠٤) فينسحب على جميع المعوقين، مهما كانت سنهم، وهو - لذلك - يتعلق أيضا بالتربية العمومية لكل الصغار من ٣-١٢ سنة، سواء تعلق الأمر بضمان تعليم لهم أو ببرمجة التربية العادية والخاصة وسهولة الوصول إلى المباني.

ويقتضي القانون العمومي (٩٤-١٤٢) أن يتلقى الأطفال المعوقين تربية عمومية مجانية وملائمة في وسط تربوي أقل تحديداً ممكناً، ولكن هذا لا يعني أنه ينبغي على الأطفال المعوقين أن يدمجوا كلهم ويلحقوا بمدارس عادية، كما أنه لا يعني التخلي عن التعليم في مدرسة داخلية متخصصة، ولكن ما يصرح به القانون، هو أن الهدف الأساسي يجب أن يكون مدرسة المعوقين (في الحدود التي تسمح بها الظروف)، كما يوضح أيضا أن البرنامج التعليمي الفردي **Individual Education Program (IEP)** هو الذي يستخدم لتحقيق هذا الهدف في المحيط المدرسي الأقل تحديداً ممكناً، والذي يستخدم، نتيجة لذلك، لإشباع الحاجات النوعية لكل طفل، فبالارتكاز على هذا البرنامج، سنعرف بوضوح هل ومتى ينبغي على طفل ما أن ينتقل من البيئة الأقل تقيداً إلى بيئة تكون أكثر تقيداً، وبعبارة أخرى، فإن القانون يقتضي، كلما أمكن ذلك، أن يدرس الأطفال المعوقون مع الأطفال غير المعوقين وألا يفكر في اللجوء إلى فصول خاصة أو إلى أي شكل من أشكال اقصاء الأطفال المعوقين عن المسالك المدرسية العادية إلا إذا بلغت طبيعة الإعاقة وحدّتها درجة يصبح معها تقديم تربية سليمة للطفل في فصل عادي أمراً مستحيلاً، ولو كان ذلك بعون أو خدمات إضافية.

٧- إدارة مؤسسات وصفوف التربية الخاصة :

لا يختلف اثنان على أهمية الإدارة في تخطيط وتنفيذ برامج التربية الخاصة، فالإدارة أحد العوامل الرئيسية التي يتحدد على ضوئها مدى فاعلية البرامج التربوية المقدمة للطلاب ذوي الحاجات الخاصة، وقد أوضحت الدراسات إلى أن الإدارة الفعالة تتميز بخصائص وأنماط سلوكية محددة منها : روح المبادرة، بعد النظر، الالتزام بتطوير المدرسة، متابعة أداء الطلاب والمعلمين، التوقعات الواقعية من الطلاب، القيادة التعليمية، توظيف المصادر المتاحة واستثمارها وسعة الإطلاع.

مفهوم الإدارة : إن المهمة الأساسية الموكلة للإدارة هي مهمة تنظيم الإمكانات المتاحة وتوظفيها لتحقيق الأهداف المرجوة، فالإدارة تشمل توفير البيئة والظروف الملائمة وتتضمن القيادة أيضا لكي يصبح العمل متكاملاً وشمولياً، والإدارة علم وفن، فهي علم حيث أن جل اهتمامها ينصب على تحليل الظواهر الأدائية وقياسها باستخدام المنهج العلمي، وهي فن لأنها تتضمن تطبيق جملة من المبادئ استنادا إلى توظيف الأبعاد المعرفية والاستفادة منها.

وعلى وجه التحديد، فالإدارة عملية تشتمل على التخطيط والتنظيم والقيادة والتقييم، فالإداريون يستقبلون المدخلات ويحولونها إلى مخرجات عبر عمليات التخطيط فهو يتضمن التحديد المسبق للأهداف المتوخاة ووسائل إنجازه أنه يتعلق بتقرير ما يجب عمله وتحديده بوضوح ومن الذي سيعمله وكيف سيعمله.

أما التنظيم : فيتضمن تأسيس علاقات بين نشاطات النظام التي ستتم ممارستها، والكوادر التي ستقوم بها، والتسهيلات اللازمة لذلك، وأما القيادة فهي تتضمن التأثير على الآخرين لتحقيق أهداف محددة، أنها توجيه العاملين والإشراف عليهم، كذلك فهي تشمل استثارة الدافعية والإشراف والتواصل المثمر والبناء، أخيرا، فالتقويم من الوظائف الرئيسية التي تقوم بها الإدارة أيضا، ويشمل التقييم مراجعة الأداء ومتابعته للتحقق من أنه يتم وفقاً لمعايير محددة.

إدارة صفوف التربية الخاصة :

تمثل إدارة وتنظيم الصف حجر الأساس في التعليم الصفي الفعال، وتصبح

إدارة الصف أكثر أهمية عندما يكون المعلم مسؤولاً عن صف التربية الخاصة، ففي مثل هذه الحالات يجب على المعلم تكييف الأبعاد البيئية والفنية والتعليمية لغرفة الصف من أجل تلبية الحاجات التعليمية الفردية للأطفال.

ونتيجة للاهتمام المتزايد حول تدريب وإعداد الكوادر العاملة مع المعوقين فقد أجريت الدراسات العديدة لمعرفة الخصائص الإيجابية الواجب توافرها لدى المعلم الناجح في مجال العمل مع المعوقين، حيث تشير معظم الدراسات إلى الخصائص التالية :

١- الخصائص الشخصية والإعداد المهني أي التأهيل في مجال تعليم المعوقين.
٢- الأنشطة الصفية بمعنى القدرة على تطوير مواد تعليمية ومناهج خاصة لصفة.
٣- استخدام الأسلوب الفردي وكذلك المجموعات الصغيرة في التعليم اليومي.
٤- ضبط وإدارة الصف بحيث يستخدم أساليب التعزيز مثل : الابتسام، المديح، الربت على الكتف، والألعاب، والأنشطة المختلفة.
٥- استخدام العقاب (غير الجسدي) من نوع كلمات اللوم، حرمان من الوقت الحر، حرمان من أنشطة محببة، والتجاهل والإهمال للسلوك غير المرغوب فيه.
٦- التقويم، أي استخدام الاختبارات المقننة في بداية العام الدراسي ونهايته وكذلك استخدام اختبارات غير متقنة، واستخدام سجلات حول تقدم وتحسن مهارات التدريب.
٧- التفاعل المهني، أي التفاعل مع المعلمين الآخرين في مدرسته ومع الإدارة، كما ويحافظ على إطلاع الإدارة حول تقدم سير الطفل.

ومن مراجعة مجموعة الدراسات في مجال تحديد كفايات معلم التربية الخاصة التي ينبغي توافرها في أي برنامج لإعداد وتدريب الكوادر الفاعلة مع المعوقين، نجد أن دراسة الجمعية الوطنية للمعوقين في الولايات المتحدة الأمريكية وضعت عام ١٩٧٧ أربعة نتائج أساسية اعتبرتها كأساس أو كحد أدنى يجب أن يتوافر في برنامج أعداد الكوادر العاملة مع المعوقين وهي تشمل تزويد المتدرب بما يلي :

١- المعلومات الأساسية عن موضوع الإعاقة.

٢- التكنيكات والأساليب المناسبة لتعليم وتدريب المعوقين.
٣- طرائق استحداث واستخدام المناهج المناسبة للمعوقين.
٤- التدريب العملي المناسب مع المعوقين.

٨- الإرشاد والتدريب الأسري :

لقد أصبح من المعروف للمتخصصين والعاملين في مجال تعليم وتدريب المعوقين بأن مشاركة أهالي المعوقين في برامج تدريب وتأهيل المعوقين بات أمراً حتمياً وذلك لما له من مردودات إيجابية وفعالة على تطوير وتحسين تلك البرامج، هذا وبالرغم من مجالات المشاركة التي يقوم بها بعض الأهالي في البرامج التربوية والتأهيلية لأطفالهم المعوقين إلا أنه ما زال هناك المزيد من المشاركة التي يجب أن يعمل المتخصصون والمهتمون على تشجيع الأهل وكذلك على إتاحة المجال أمامهم لتحقيق تلك المشاركة الفعالة لإنجاح البرامج، كذلك ما زال هناك الكثير من الصعوبات والمعيقات أمام الأهالي للانخراط في المزيد من التعاون والمشاركة ومن بين هذه المعيقات اتجاهات المعلمين نحو قدرات الأهل حيث يشعر معظم المعلمون بأنهم هم الخبراء في هذا المجال وبالتالي فإنهم يتوقعون أن يصغي الأهالي دائما إلى نصائحهم وإرشاداتهم وبالتالي يتلاشى دور الأهل في عملية التعليم ويصبح سلبياً، ويتضح هذا في لقاءات المعلمين والأهالي الفردية أو في اجتماعات الأهالي التدريسية، حيث أن الهدف الأساسي لتلك الاجتماعات هو التفاعل والمشاركة ما بين المعلمين والأهالي وليس الإصغاء من جانب واحد فقط.

كذلك فإن عدم القدرة عند البعض من المعلمين على إقامة العلاقات الإيجابية مع الأهالي والمحافظة على استمراريتها، حيث يحتاج المعلم إلى التدريب على الإصغاء لمشاكل أهالي المعوقين وتفحصها وكذلك تقبل الأهالي كما هم وليس كما يريد ومن ثم التعاون معهم في محاولة إيجاد المقترحات لحل مشكلاتهم وإعطائهم الدور الأساسي في عملية المشاركة والتفاعل في عملية بناء أو تطوير أي برنامج تدريبي أو تعليمي للمعوقين. ويمكن أن نضيف إلى ما سبق أيضا أن جهل الوالدين بأهمية الدور الذي يمكن أن تلعبه الأسرة في إنشاء وتطوير برامج أبناءهم المعوقين، كما

وأن الإحباطات المتراكمة التي يتعرض لها أولياء الأمور إن كان في البيت أو في المدرسة أو في المجتمع بسبب إعاقة طفلهم تؤدي إلى بعض الأحيان إلى الاستسلام للأمر الواقع وعدم الاكترات تجاه دورهم في تعليم وتدريب الطفل المعوق أو في الإهمال تجاه المشاركة في عملية تطوير برامج التربية الخاصة، وهنا يأتي الدور الأساسي للإدارة المدرسية أو إدارة مركز التربية الخاصة في توعية الأهل حول أهمية مشاركتهم في تعليم وتدريس الطفل بشكل خاص وفي إنشاء وتطوير البرامج الخاصة بالمعوقين، ولا ينحصر دور الإدارة في توعية الأهل وإنما أيضا في إتاحة المجال لهم وتدريبهم على كيفية التفاعل والمشاركة مع أعضاء الهيئة التدريسية في داخل المركز ومع الجهات ذات العلاقة في المجتمع بشكل عام.

ويمكن أن نلخص الأسباب التي تجعل من العمل مع آباء الأطفال المعوقين وأمهاتهم ضرورة من الضرورات الملحة أسباب كثيرة ومتنوعة، فيما يلي نقدم خلاصة لبعض هذه الأسباب :

١- ساد اقتناع لدى عدد كبير من الأخصائيين المهنيين لفترة طويلة من الزمن بأن أحد العوامل الأساسية في اضطرابات الأطفال يرجع إلى الآباء والأمهات.

٢- رغم توافر أساليب وبرامج تعليمية للأطفال المعوقين في معظم المجتمعات - بغض النظر عن الإعاقات التي أصيب بها هؤلاء الأطفال - فإن عدد كبيراً من الأطفال إما أنهم لا يحصلون على أي نوع من التعليم وإما أنهم يحصلون على تعليم غير ملائم.

٣- تشير كثير من الدراسات والملاحظات إلى أن أعداداً من الأطفال الذين يحتاجون إلى خدمات خاصة قد لا يحصلون عليها بسبب قلة الأخصائيين المدربين على تقديم هذه الخدمات، ومن خلال تقديم خدمات للوالدين وتدريبهم يتزايد بالضرورة عدد الأشخاص القادرين على تربية الأطفال المعوقين.

٤- إن تقديم خدمات تعليمية جيدة للأطفال المعوقين لا يحل مشكلة تعلم الأطفال الذين يعانون من مشكلات حادة في التعلم أو في السلوك، يرجع ذلك إلى الفرق الشاسع بين ما يجري في المواقف المدرسية (الأساليب الخاصة) وبين ما يتم في المواقف الأخرى (في المنزل أو في الأماكن العامة).

٥- إن قدرة الآباء والأمهات على مساعدة أطفالهم لا تقف عند حد تعميم المكاسب التعليمية واستمرار هذه المكاسب، بل أن الآباء والأمهات الذي يعملون مع أطفالهم المعوقين في المحيط الأسري يستطيعون بالفعل زيادة معدل التعلم لدى هؤلاء الأطفال.

٦- إن من حق الآباء والأمهات التزود بالمعلومات المتوافرة عن أنسب الطرق التي تمكنهم من مساعدة أنفسهم ومساعدة أبنائهم المعوقين.

٧- هناك حاجة إلى زيادة عدد الأفراد الذي يمتلكون المهارة في التخطيط لخدمات الأطفال المعوقين وتقييم المعوقين وتقييم هذه الخدمات، وفي هذا المجال يستطيع الآباء والأمهات الإسهام الإيجابي في التخطيط لهذه الخدمات أو في أساليب تنفيذها.

٨- توجد في الوقت الحاضر علاقة متضاربة بين المدرسة وبين والدي الطفل الذي يحتاج إلى خدمات خاصة، نتيجة لنقص الخدمات في الماضي ومع التوسع في توفير الخدمات، فإن توقعات الآباء والأمهات ترتفع، ولهذا ما يبرره.

المهمات الأساسية التي يمكن للأهل القيام بها :

١- العمل على إنشاء المراكز الجديدة أو التوسع في البرامج الحالية.

٢- تأسيس جمعيات خاصة لرعاية المعوقين.

٣- التعاون مع الجمعيات ومراكز التربية الخاصة القائمة حاليا.

أهمية مشاركة الأهالي كما جاء في كتاب ارشادات في التربية الخاصة رقم (٢) الصادر عن اليونسكو عام ١٩٨٦ وهي :

١- لا يمكن فهم نمو الأطفال وتعلمهم إلا في علاقتهما بمختلف البيئات التي يعيش فيها الطفل، وهذه تشمل الأسرة والزملاء والمدرسة والمجتمع المحلي والمجتمع الأوسع، وتتطلب دراسة تطوير الطفل تحليلاً لآليات تفاعل الطفل مع هذه البيئات وتأثره بها وتعلمه منها، فلا يمكننا أن نبحث حالة الطفل وتعلمه وهو منعزل.

٢- يشارك الوالدان والمهنيين المعنيين بتطور الأطفال المعوقين في عدد من الأهداف

الأساسية مثل تعليم الطفل العناية بنفسه والاستقلال الاجتماعي بما في ذلك الأكل وارتداء الملابس وتدريب الإخراج، إن كلا الطرفين معنيان بمساعدة الطفل على تعلم الاتصال بالآخرين وفهمهم أي في نهاية الأمر على تكيف الطفل مع ما يتوقعه المجتمع المحلي منه.

٣- ويشكل الوالدان والأسر والممتدة علاقة مجموعة الكبار الأكثر قرباً إلى الطفل أي أنهم أقرب الناس الذين يتاح لهم مساعدة الطفل المعوق، لذا فالخبرة المهنية، وهي أكثر تكلفة وأقل توافراً في بلدان عديدة، تزداد فاعليتها إذا ما استخدمت لمساعدة أكبر عدد ممكن من الأسر على مساعدة أطفالهم، ومن ثم يمكن لبعض الآباء والأمهات بعد ذلك أن يشركوا آخرين في مهاراتهم المكتسبة.

٤- يتمتع كل من الوالدين والمهنيين بمعلومات أساسية ينبغي إشراك جميع المعنيين بتنمية الطفل فيها، الآباء والأمهات أفضل من يفهم أطفالهم كما أنهم يعرفون أكثر من غيرهم البيئات التي ينمو فيها ولاء الأطفال.

٥- إن المعرفة والخبرة المستخلصتان من تربية الأطفال غير المعوقين وكذلك الحدس الأبوي العادي، صفات لا يجوز الشك في أهميتها إلا أنها ليست كافية بالضرورة لمساعدة طفل معوق على النمو، كذلك لا يكفي إعداد الوالدين لمواجهة صعوبات نوعية معينة قد يقابلانها في تربية أطفال معوقين لا يسير تطورهم على نحو طبيعي.

٦- لا يشكل عمر الطفل دائما مرشداً كافياً للآباء والأمهات، فقد تثبط همة الوالدين نتيجة لما يبدو لهما افتقاراً عاماً لأي تقدم، كما أنهما قد يصابان بالارتباك نتيجة تطور طفلهما غير السوي من حيث يبدو بطيئا جداً من بعض النواحي.

٧- أصبح اليوم حق الوالدين في مناقشة القرارات الخاصة بأطفالهما المعوقين واتخاذ مثل هذه القرارات، حقاً منصوصاً عليه في قانون عدد من البلدان، ويتضمن هذا الحق الحصول على المعلومات وسهولة الإطلاع على السجلات والملفات، والمشاركة في تقويم الخطط المرسومة لتلبية احتياجات الطفل وتطوير هذه الخطط وكذلك حق المتابعة المنتظمة للتقدم المحرز.

المراجع العربية

١- أحمد السهو- ورقة بعنوان برامج المعوقين حركياً مقدمة في التقرير النهائي عن أعمال الحلقة الدراسية عمان- ٢- ٥نيسان- ١٩٨٤.

٢- أحمد الغرير- التربية الخاصة في الأردن- ١٩٩٥.

٣- أحمد يونس ومصري حنورة - رعاية الطفل المعوق- ١٩٩١.

٤- أدث م. ستيزن- الزاكا ستنديك- ترجمة فوزية بدران- الطفل العاجز- ١٩٦١.

٥- أديب الخالدي- سيكولوجية المعوق عقلياً- ١٩٨١.

٦- أكرم العنبري وأخرون- أمراض العين- ١٩٨٦

٧- أنس حسني سبح- الفحص السريري للجملة العصبية- ط٢- ١٩٨٦.

٨- أيوجين منلل وماكاي فيرنون ترجمة عادل الأشول - أنهم ينمون في صمت- ١٩٧٦.

٩- اتش أف. هاربر- ترجمة عادل مقدادي - طب العيون- ١٩٨١.

١٠- باربرا بروك- ترجمة أفسر الحيدري- مرشد المعلم في تعليم المتخلفين عقلياً- ١٩٨٧.

١١- جمال الخطيب- مقدمة في الإعاقات الجسمية والصحية - ١٩٩٨.

١٢- جمال الخطيب- تربية وتأهيل الأشخاص المعوقين سمعياً- ١٩٩٣.

١٣- جمال الخطيب ومنى الحديدي- مناهج وأساليب التدريس في التربية الخاصة- ١٩٩٤

١٤- جوديث مكبرين وآخرون - ترجمة سمير دقماق وريما قنواتي- كتاب المتدرب- ط٢-١٩٩٢.

١٥- جيمس وجالجر- ترجمة سعاد نصر فريد- الطفل الموهوب في المدرسة الابتدائية- ١٩٦٣.

١٦- حسن علي حسن- العين أمراضها ووقايتها- ١٩٨٦.

١٧- خليل الفاعوري- التخلف العقلي والرعاية الاجتماعية للمعوقين- ١٩٨٩.
١٨- ديفيد بين- إرشادات في التربية الخاصة- رقم٣- اليونسكو - ١٩٨٦.
١٩- ديفيد ورنر- ترجمة عفيف الرزاز- رعاية الأطفال المعوقين- ١٩٩٢.
٢٠- رشاد علي موسى- بحث بعنوان الفروق في بعض القدرات المعرفية بين عينة من الأطفال الصم وأخرى من عادي السمع- مجلة مركز معوقات الطفولة- يناير- ١٩٩٢.
٢١- رومي شوفان ترجمة وجيه أسعد- الموهوبون- ١٩٨٦.
٢٢- زيدان السرطاوي وكمال سيسالم- المعاقون أكاديمياً وسلوكياً- ١٩٨٧.
٢٣- زيدان حواشين ومفيد حواشين- تعليم الأطفال الموهوبين- ١٩٨٩.
٢٤- سراج زقزوق- ماذا تعرف عن صمم الأطفال .
٢٥- سعيد دبيس- اضطرابات التواصل---.
٢٦- سليمان الريحاني - التخلف العقلي - ١٩٨١.
٢٧- سمير دبابنة- نافذة على تعليم الصم- ١٩٩٦.
٢٨- سهير كامل أحمد- سيكولوجية الأطفال ذوي الحاجات الخاصة- ١٩٩٣.
٢٩- سيد خير الله ولطفي أحمد- سيكولوجية الكفيف وتربيته- ط٤-١٩٨٢.
٣٠- سيد عثمان- صعوبات التعلم- ١٩٧٩.
٣١- شاكر قنديل- تربية الأطفال المعوقون انفعالياً والمشكلة سلوكياً - مجلة التربية - عدد ٤ - ١٩٨١.
٣٢- صندوق الملكة علياء للعمل الاجتماعي التطوعي الأردني- الإعاقة العقلية(الأسباب والوقاية)- ١٩٨٥.
٣٣- صندوق الملكة علياء للعمل الاجتماعي التطوعي- كيفية التعامل مع الطفل المصاب بالشلل الدماغي- ١٩٩٤.
٣٤- عبد السلام عبد الغفار- التعوق العقلي والابتكار-١٩٧٧.
٣٥- عبد الغفار الدماطي- التربية الخاصة- ١٩٨٨.

٣٦- عبد الغفار الدماطي- ندوة المعوقين بين الواقع وتطلعات المستقبل- الرياض- ١٤٠٧هـ.

٣٧- عبد الفتاح أبو معال- تنمية الاستعداد اللغوي عند الأطفال- ١٩٨٨.

٣٨- عبد المجيد عبد الرحيم ولطفي أحمد- تربية الطفل المعوق- ١٩٧٩.

٣٩- عبدالله التركي- ندوة المعوقين بين الواقع وتطلعات المستقبل- الرياض- ١٤٠٧هـ.

٤٠- عثمان لبيب فراج- بحث بعنوان التخلف العقلي- أعراض داون أو الطفل المنغولي- مجلة الحياة الطبيعية حق للمعوق- العدد ١٤- ١٩٨٨.

٤١- عثمان لبيب فراج- بحث بعنوان العوامل المسببة للتخلف العقلي- مجلة الحياة الطبيعية حق للمعوق.العدد ١٧- مارس ١٩٨٩.

٤٢- عدنان السبيعي- سيكولوجية المرضى والمعاقين- ١٩٨٢.

٤٣- عزه الدعدع وسمير أبو مغلي - تعليم الطفل بطيء التعلم- ١٩٩٢.

٤٤- علا عبد الباقي إبراهيم- سلسلة التوجيه والإرشاد في مجالات إعاقات الطفولة- الكتيب الأول- ١٩٩٣.

٤٥- علا عبد الباقي إبراهيم- سلسلة التوجيه والإرشاد في مجالات إعاقات الطفولة- الكتيب الثاني- ١٩٩٣.

٤٦- فاروق الروسان - أساليب القياس والتشخيص- ١٩٩٦.

٤٧- فاروق الروسان - سيكولوجية الأطفال غير العاديين- ١٩٨٩.

٤٨- فاروق الروسان وآخرون - رعاية ذوي الحاجات الخاصة - ١٩٩٤.

٤٩- فتحي السيد عبد الرحيم- سيكولوجية الأطفال غير العاديين- ج٢- ١٩٨٢.

٥٠- فتحي السيد عبد الرحيم وحليم بشاي -سيكولوجية الأطفال غير العاديين- ج١ ١٩٨٢.

٥١- فتحي عبد الرحيم- قضايا ومشكلات في النظرية والتطبيق- ط١-١٩٨٣.

٥٢- فضيلة الراوي وأمل حماد- التوحد الإعاقة الغامضة- ١٩٩٩.

٥٣- فيصل الزراد- التخلف الدراسي وصعوبات التعلم- ١٩٨٨.
٥٤- فيصل الزراد- اللغة واضطرابات النطق والكلام- ١٩٩٠.
٥٥- كمال أبو سماحة وآخرون- تربية الموهوبين والتطوير التربوي- ١٩٩٢.
٥٦- كمال بشر- علم الأصوات- ١٩٨٦.
٥٧- كمال سيسالم- الفروق الفردية لدى العاديين وغير العاديين- ١٩٨٨.
٥٨- كمال سيسالم- المعاقون بصرياً-١٩٨٨.
٥٩- كمال سيسالم وفاروق صادق - الفروق الفردية لدى العاديين وغير العاديين- ١٩٨٨.
٦٠- كمال مرسي- الطفل غير العادي من الناحية الذهنية- ١٩٨١.
٦١- كيرك وكالفانت- ترجمة زيدان السرطاوي وعبد العزيز السرطاوي- صعوبات التعلم الأكاديمية والنمائية- ١٩٨٤.
٦٢- ل.ج غرونولد و.ج. شرودر - بحث بعنوان ادماج متوسطي وشديدي الإعاقة في المدارس العمومية - تربية المراهقين المعوقين - ١٩٨٨.
٦٣- لابرجار - بحث بعنوان تغيرات النظام التربوي المساعدة على الادماج - تربية المراهقين المعوقين - ١٩٨٨.
٦٤- لبيبه صلاح- مجلة رسالة المعلم- الأذكياء الموهوبين كيف نعتني بهم- العدد الخامس- ١٩٦٩.
٦٥- لطفي بركات أحمد- الرعاية التربوية للمكفوفين- ١٩٨٢.
٦٦- لطفي بركات أحمد- تربية المعوقين في الوطن العربي- ١٩٨١.
٦٧- لطفي بركات- الفكر التربوي في رعاية الطفل الأصم- ١٩٧٨.
٦٨- لندا هارجروف وجيمس بوتيت- ترجمة عبد العزيز السرطاوي وزيدان السرطاوي -التقييم في التربية الخاصة- ١٩٨٨.
٦٩- لينا صالح- مجلة التربية الجديدة- العدد ٥٤- ١٩٩٤.
٧٠- ماجدة السيد عبيد - الإعاقة الحركية - ١٩٩٩م.

٧١- ماجدة السيد عبيد- الإعاقة السمعية- ١٩٩٢.
٧٢- ماجدة السيد عبيد-القاموس الإشاري للصم - ١٩٩٢.
٧٣- ماريان شغيل- الطفل الموهوب في الفصل الدراسي- ١٩٦٥.
٧٤- مجلة الإعاقة والتأهيل- المركز المشترك لبحوث الأطراف الاصطناعية- العدد الأول- ١٤١٣هـ.
٧٥- مجلة التربية الجديدة- عدد خاص ٢٤-١٩٨١.
٧٦- محمد الطريقي وآخرون- عواقب شلل الأطفال- ١٩٩١.
٧٧- محمد خالد الطحان- تربية المعوقين عقلياً في البلاد العربية- ١٩٨٢.
٧٨- محمد رفعت- أمراض العيون- ١٩٨٧.
٧٩- محمد رفقي محمد- سيكولوجية اللغة- ١٩٨٧.
٨٠- محمد زيعور- الأمم المتحدة- القواعد الموحدة بشأن تحقيق تكافؤ الفرص للمعوقين- ١٩٩٤.
٨١- محمد زيعور- الصحة النفسية للطفل والمراهق- ١٩٩٣.
٨٢- محمد عبد المؤمن حسين- سيكولوجية غير العاديين- ١٩٨٦.
٨٣- محمود حسن- الأطفال المعوقون- ١٩٨٩.
٨٤- مختار حمزه- سيكولوجية المرضى وذوي العاهات- ١٩٦٤.
٨٥- مصطفى فهمي- أمراض الكلام- ١٩٧٥.
٨٦- مصطفى فهمي ومحمد السيد- الطفل البطئ التعلم (خصائصه وعلاجه)- ١٩٦٣.
٨٧- منال بو حميد- المعوقون- ١٩٨٣.
٨٨- المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم- قراءات في التربية الخاصة وتأهيل المعوقين- ١٩٨٢.
٨٩- منى الحديدي - الإعاقة البصرية - ١٩٩٨.
٩٠- منى الحديدي- رعاية وتأهيل المكفوفين- ١٩٩٣.

٩١- ميخائيل أسعد- علم الاضطرابات السلوكية- ١٩٨٦.
٩٢- ميشيل بورتمان - ترجمة أمين مسعود ونرجس الناصر- الطفل الأصم- ١٩٨٧.
٩٣- نادر فهمي الزيود- تعليم الأطفال المتخلفين عقلياً-١٩٩٠.
٩٤- نبيه الغبره - المشكلات السلوكية عند الأطفال- ١٩٦٩.
٩٥- هالة بانا- صندوق الملكة علياء- التقرير النهائي عن الفترة الواقعة بين ٢-٥نيسان-١٩٨٤.
٩٦- يوسف الزعمط - التأهيل المهني - ١٩٩٣.
٩٧- يوسف الشيخ وعبد السلام عبد الغفار- سيكولوجية الطفل غير العادي- ١٩٦٦.
٩٨- اليونيسف- الطفل في العام الثالث والرابع من العمر(طرق المعرفة)- سلسلة اليونيسيف للطفولة المبكرة-٣- ١٩٩٩.

المراجع الأجنبية

1. ALBert : H. Fink. M. Angle Thomas (CEC) Stafedltr. International perspectives on future special Education. 1978.
2. Andrea G. Zethin and Ashraf Hosseini- Six postschool case studies of Mildly learning Handicapped young Adults- Exceptional children- vol 55, No. 5. 1989.
3. Anne lesley corn and Iris Martinez, When you have a visually handicapped child in your class room:____
4. Bamford and saunders Hearing impairment Auditory perception and language Disability, 1994.
5. Barbara Sirvis, students with special Health Care Needs, Teaching Exceptional Children, Summer, 1988.
6. Benda, c. E. et al, personality factors in Mild Mental Retardation, Amer,j. Met Def, 1963.
7. Berthold lownfeld, The visually handicapped child in school, The John pay company, Newyork, 1973.
8. Beverly G. Esposito and MarkA. Koorland . play Behavior of Hearing Impaired children: Integrated and segregated settings- Exceptional children, vol. 55 No. 5- 1989.
9. Cathy Mack, celebrate cultural Diversity, Teaching Excceptional children, Fall, 1988.
10. Christine A. Espin and paul T. sindelar- Auditory Feed back and writing- learning Disabled and Nondisabled students, Exceptional children, vol. 55, No1, - 1988.

11. Douglas carnine, Teaching complex content to learning Disabled student: The Role of Technology, Exceptional children, v. 55, no6, 1989.

12. Exceptional children, vo 55 No. I- 1988.

13. Frazier, j.R., and frazier. D.M. Exceptional children, Biological and psychological perspectives, Mss information corporation New york, 1974.

1 . Hallahan and kaufman, D.P. and kanffman, J.M. Exceptional children. N.J., 1978.

15. Hallahan, D.p. and kauffman, Exceptional children: introduction to special education, prentice- Hall. Inc. Englewood cliffs, New jersey, 1978.

16. Harlan lane-Is there a " psychology of the Deaf"?Exceptional Children, vo. 55, No. 1 - 1988.

17. Heart to heart, parents of blind and partially sighted children Talk about their Feelings- blind childrens center- california.

18. Heber, R.A. Manual of Terminology and classification in Mental Retar dation, Amer. J. Met. Def. 1959

19. Hollis, f. fait, special physical Education, london, 1978.

20 Irwin, R. B. oral language for slow learning children American journal Mental Deficiency, 1959, 64(1).

21. James J. Gallagher- National Agenda for Educating Gifted students: statement of priorities- Exceptional children, v. 55- No. 2- 1988.

2. James J. Gallagher, National Agenda for Educating Gifted

students: statement of priorities, Exceptional children, v. 55 No2, 1988.

23. Jerry L. Northen, Marion P. Downs, Hearing in children, 1991.
24. Joanne Rand, Gifted children at Risk for learning Difficulties, Teaching Exceptional children, summer, 1988.
25. John, M. shields and Timothy E.Hero, Teaching orgaṇaizations skill to students with learning Disabilities, Theaching Exceptional children winter, 1989.
26. Katherine Geren, complete special education hand book, 1979.
27. Kaye products Inc- Adaptive Equipment Mobility aids- 1993.
28. Kick, s. A. and chalfandt, J.c, Academic and Developmental learning Disabitities: Love publishing company, 1984.
29. Kirk, j.A and lord, f. E. Exceptional children, Educational Resources and prespectives, university of Anisona, 1974.
30. kirk, s. A, and Gallagher, j.j., Educating Exceptional children Hought on Mifflin, co: Bostion. 1983.
31. Levit, p. M, Burger D.A, literature for students who are Gifted Teaching exceptional children, spring, 1989.
32. Mccay vernon and Jean f. And rews. Psycholgy of Deafness-1989.
33. Nallahan, D.p. Kauffman, J.M, Exceptional, introduction to special education, (2nd ed) 1982.
34. polatin.p.A.A Gide To Treatment in psychiatry: Lippinott, philadel phia, 1966.

35. Power, D.J. and Quigley, s.p, Deaf childrens acquisition of the passive voice, J. speech and hearing Research, 1973

36. Prestion-Equipment for health care and Rehabilitation 1980-1981

37. preston- Abissell health care company. 1993- 1994.

38. Preston- Equipment for Rehabilitation and special Education. Winter- 1987.

39. Preston, Equipment for Rehabilitation and special Education, winter, 1988.

40. Robert H. woody, Behavioral problem children in the school prentic Hall in cenglewood cliffs new , Jersey, 1969.

41. Royal National Institute for the Blind, 1984.

42. Sira J. m. zak zouk, Epidemiological study of hearing impairment and Aetiotogical Diagnosis of childhood Deafness among saudi children in Riyadh,_____.

43 Sue Buckley, what Effect Does caring for a child with Downs syndrome have on the family? Newsltter, v. I, No4. 1991.

44. Susan Stain and williamstain back, Educating students with severe Disabilities, Teaching Exceptional children, Fall, 1988.

45. The More we Do Together- Adapting for Envioroment for children with Disabilities. N0.31- 1985.

46. Thomas M. shea, Teaching children and youth with Behavioral Disorders. 1978.

47. Thomas. N. kluwin and Donald f. Moores. Mathematics Achievement of Hearing Impaired Adolescents in Different

placements-Exceptional children, v. 55- no 4- 1989.

48. Under standing Braille- American foundation for the Blind._____

49. Victoria Brown, Drama and sign language, Teaching Exceptional children, Fall, 1988.

50. Webster, T. G. problems of Emotional Development in young Retard children, Amer, j. psychiat, 1963.

51. Slince Dock and Guilford. 1979.

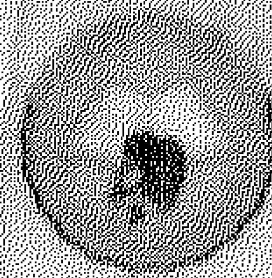
تعليم الأطفال

ذوي الحاجات الخاصة





دار صفاء للطباعة والنشر والتوزيع
عمان - شارع الشابط - مجمع الفحيص التجاري - تلفاكس 4612190
ص.ب 922762 عمان 11121 الأردن



مكتبة الرازي العلمية
أبوظبي - هاتف 678122 فاكس 678121
ص.ب 42373 أبوظبي - الإمارات العربية المتحدة

ISBN 9957 - 402 - 42 - 1 ردمك